

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO**

**CARACTERÍSTICAS DA INCIDÊNCIA DE *BURNOUT*
EM PEDIATRAS DE UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR PÚBLICA**

**FLORIANÓPOLIS
2004**

FLÁVIA DUTRA LIMA MENEGAZ

**CARACTERÍSTICAS DA INCIDÊNCIA DE *BURNOUT*
EM PEDIATRAS DE UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR PÚBLICA**

**Dissertação apresentada como requisito
parcial à obtenção do grau de Mestre em
Psicologia, Programa de Pós-Graduação
em Psicologia, Curso de Mestrado,
Centro de Filosofia e Ciências Humanas.**

Orientador: Prof. Dr. José Carlos Zanelli

**FLORIANÓPOLIS
2004**

*“Quando eu estudo uma doença,
eu nunca penso no uso de um medicamento para sua cura
mas sim, nos meios de preveni-la”.*

Louis Pasteur

*Dedico às filhas Gabriela e Mariana,
energia-mestra na construção deste desafio.*

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. José Carlos Zanelli, pela orientação segura, pelo incentivo, dedicação e afeto ao conduzir-me na tarefa singular de pesquisar.

Aos meus pais, a gratidão pelo aprendizado por meio da vivência, do amor incondicional.

Aos médicos, profissionais que aceitaram o desafio de buscar o entendimento do desconhecido.

À Ângela, amiga e colaboradora essencial que esteve presente em meu enriquecimento como pessoa e profissional.

À Juliana, por compartilhar momentos de crescimento.

A Marcius Kleber N. Burgarelli, por acreditar que a vida seria possível.

A Antônio Geraldo Diniz Roquette, pelo incentivo a estudos futuros.

A Luiz Carlos Arruda e equipe pela presença decisiva em momento crucial de minha vida.

A José Filomeno Sardella, por acompanhar o caminho do andarilho.

A Paulo Bernardi pela disponibilidade e dedicação.

A Henrique pelo companheirismo e competência.

Á Lillian Figueiredo Silva, pelo interesse manifestado na revisão do texto.

À Lídia e Genira, pelo estímulo inicial e carinho.

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

1. <i>Burnout</i> : O adoecimento pelo trabalho	1
1.1 Do estresse ao <i>burnout</i> : definições e diferenças conceituais	4
1.2 Manifestações e variáveis desencadeantes do <i>burnout</i>	9
1.3 Desenvolvimento da síndrome de <i>burnout</i>	11
2. Adoecimento e ambiente de trabalho das profissões de saúde	15
2.1 A dimensão psicossocial no processo de adoecimento	17
2.2 Perspectiva histórica do adoecer e das profissões de saúde	19
2.3 O pediatra no contexto das organizações hospitalares públicas como ambiente de trabalho	20
3. <i>Burnout</i> em médicos	23
4. Prevenção e intervenção no fenômeno <i>burnout</i>	28
5 Método	30
5.1 Características gerais da organização onde o estudo foi realizado	30
5.2 Sujeitos	33
5.3 Instrumentos	33
5.4 Situação e ambiente	35
5.5 Procedimentos	35
5.6 Análise dos dados	36
6. Apresentação e interpretação dos dados	38
6.1 Apresentação e caracterização da amostra da pesquisa	38
6.1.1 Características sócio-demográficas	38
6.1.2 Características profissionais da amostra	39
6.1.3 Características pessoais da amostra	40

6.2 Apresentação e descrição dos resultados do MBI em suas dimensões – EE, DE e RP	42
6.2.1 Exaustão emocional	45
6.2.2 Despersonalização	48
6.2.3 Realização profissional	50
6.3 Síntese dos resultados do MBI	52
6.4 Apresentação e descrição das variáveis sócio-demográficas	53
6.4.1 Apresentação e descrição dos dados profissionais	57
6.4.2 Apresentação e descrição das variáveis pessoais	63
6.5 Apresentação das variáveis organizacionais da amostra	66
6.6 Apresentação das variáveis de sintomatologia física da amostra	69
7 Considerações finais	73
Referências	76
Anexos	79
Anexo 1. Consentimento de participação	79
Anexo 2. Questionário <i>Maslach Bournout Inventoty</i>	82
Anexo 3. Questionário e dados sócio-demográficos	83
Anexo 4. Questionário de fatores preditores de <i>burnout</i>	84
Anexo 5. Questionário de sintomas somáticos	85

RESUMO

O presente trabalho de pesquisa caracteriza, por meio da utilização do MBI (*Malasch Burnout Inventory*) e outros instrumentos, a incidência de *burnout* em pediatras de uma organização hospitalar pública. Foi realizada uma investigação em 41 pediatras, 10 homens e 31 mulheres, que desenvolvem suas atividades em um hospital público. Os resultados principais indicam a incidência de *burnout* em 53,7% da amostra. A manifestação da síndrome foi caracterizada por apresentar 82,9% de classificação alta na dimensão exaustão emocional (EE), 63,4% de classificação alta na dimensão despersonalização (DE) e 53,7% de classificação baixa na dimensão realização profissional (RP). Identificou-se que 95,1% dos médicos que participaram da pesquisa consideraram o trabalho desempenhado como fator de interferência na vida pessoal, e 46,3% da amostra cogita a possibilidade de mudar de profissão e desistir da medicina. Resultados obtidos revelaram que 61% da amostra identificou o fator “recompensa insuficiente” como sendo ponto de desequilíbrio entre as exigências do trabalho desenvolvido e os profissionais que o realizam. De acordo com as respostas fornecidas pelos médicos, a organização onde atuam não reconhece e não recompensa os diagnósticos precisos, os atendimentos e procedimentos realizados, desencadeando assim o desgaste emocional e físico. A sintomatologia manifestada pelos médicos foi na ordem de maior frequência diária: pouco tempo para si, dores nos ombros e nuca, sentimento de cansaço e insônia. Ressalta-se a necessidade de estruturar programas de prevenção do *burnout* em médicos, para que profissionais que tem a promoção da saúde como foco de seu trabalho, não adoeçam. Considera-se necessário a continuidade nas pesquisas relativas ao fenômeno, pois esses estudos viabilizarão o desenvolvimento de modelos mais complexos para análise do *burnout* no contexto laboral brasileiro.

Palavras-chave: *Síndrome de Burnout, saúde do trabalhador, médicos.*

ABSTRACT

The present research work characterizes, by means of the use of MBI (*Malasch Burnout Inventory*) and other instruments, the burnout incidence in pediatricians of an organization public hospital. An investigation was accomplished in 41 pediatricians, 10 men and 31 women, that develop its activities in a public hospital. The main results indicate the burnout incidence in 53.7% of the sample. The manifestation of the syndrome was characterized by presenting 82.9% of high classification in the dimension emotional exhaustion (EE), 63.4% of high classification in the dimension despersonalization (cynicism or distant attitude) (DE) and 53.7% of classification lower in the dimension accomplishment in the work (RP). Identified that 95.1% of the doctors that participated in the research considered the work carried out as interference factor of the personal life, and 46.3% of the sample it cogitates the possibility to move of profession and to give up of the medicine. Obtained results revealed that 61% of the sample identified the factor "it rewards insufficient" as being unbalance point among the demands of the developed work and the professionals that accomplish it. In agreement with the answers supplied by the doctors, the organization where they act doesn't recognize and it doesn't reward the precise diagnoses, the attendances and accomplished procedures, unchaining like this the emotional and physical waste. The symptoms manifested by the doctors went in to order of larger daily frequency: little time for itself, pains in the shoulders and nape, feeling of fatigue and insomnia. The need is stood out of structuring programs of prevention of the burnout in doctors, so that professionals that has the promotion of the health as focus of its work, don't get sick. Is considered necessary the continuity in the relative researches to the phenomenon, because those studies will make possible the development of more complex models for analysis of the burnout in the context Brazilian work.

Key-Word: Syndrome of Burnout, the worker's health, doctors.

1. *Burnout*: o adoecimento pelo trabalho

O estágio terminal de trabalhadores queimados que agonizam respirando vida é uma metáfora que expressa a dor e o sofrimento que homens e mulheres vivenciam de forma silenciosa no desempenho de suas ocupações profissionais, levando-os ao processo de desistência do trabalho. A dor divulga aquilo que, no afrontamento da pessoa com sua tarefa, põe em risco sua saúde mental e exprime manifestações decorrentes de tentativas de defesa. O trabalhador acaba desenvolvendo mecanismos para resolver o conflito a que está diariamente submetido no desempenho de seu trabalho e o faz sofrer.

Segundo Dejours (1994), o sofrimento está presente no campo que separa a doença da saúde e o aparecimento de modos de funcionar robotizados, desprovidos de afeto, traduzem aparente normalidade mesmo que a forma do vínculo ao trabalho se respalde na ausência de prazer e no sofrimento silencioso. Conforme Codo (1999), esse sofrimento inicia quando a relação entre homem e organização do trabalho está, em algum grau, bloqueada e o homem tem a certeza de que o nível de insatisfação no trabalho não pode mais diminuir; as vivências de sofrimento estarão presentes mesmo com a utilização máxima de seus recursos intelectuais, afetivos, de aprendizagem e de adaptação.

O sofrimento no trabalho acompanha a história da forma como o homem sobrevive, trazendo o tempo da úlcera, o tempo do estresse e, a partir da década de 80, o tempo de *burnout* (CODO, 1999). Arantes e Vieira (2002) procuram ampliar a compreensão do termo ao esclarecerem que *burnout* advém do campo da ciência dos foguetes para o campo da ciência da saúde, referindo-se àquilo que deixou de funcionar por exaustão. A expressão foi originalmente usada em 1940 para referir-se ao colapso dos motores dos jatos e dos foguetes.

Schaufeli e Buunk (2003), em revisão de literatura, afirmam que o termo “*staff burnout*” foi mencionado por Bradley (1969) em um artigo sobre o período de experiência de profissionais da saúde em um programa de delinquentes juvenis e por Freudenberg (1974). Esse último observou que, geralmente, após o período de um ano de trabalho voluntário com dependentes de drogas, os voluntários apresentavam uma sintomatologia física, gradual perda de energia e reduzida motivação para com o trabalho. O autor transportou o termo para o campo da psiquiatria, designando-o como uma manifestação radical do estresse em sua fase mais aguda e de esgotamento. Segundo Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), também em revisão de literatura, citam que Maslach (1976) interessou-se pelo *burnout* como resultado das investigações sobre a influência da carga emocional do trabalho no comportamento dos profissionais de serviços humanos. A autora descreve *burnout* como processo gradual de exaustão, cinismo e queda da realização pessoal.

As consequências sociais dos problemas relacionados ao *burnout* são um alerta demonstrado por Benevides-Pereira (2002) ao afirmar que poderão ser observadas em profissionais desempenhando suas atividades por meio de comportamentos distantes e frios, com baixo envolvimento com o trabalho, assim como reduzida realização, até que desistam de seus ideais e escolhas. Além disso, a exaustão física e emocional presente na síndrome de *burnout* poderá interferir na qualidade do trabalho desempenhado.

Gil-Monte e Peiró (1997), Codo (1999), Maslach e Leiter (1999) e Benevides-Pereira (2002) destacam a ocorrência de *burnout* com relativa frequência nos profissionais que desenvolvem atividades em contato direto com seus usuários nas organizações de serviços, deteriorando significativamente a qualidade do serviço que a organização oferece aos seus clientes e, como consequência, a qualidade de vida do trabalhador. Amorin (2002), Benevides-Pereira e Moreno-Jiménez (2002), Carlotto (2002), Garrosa-Hernández *et al.* (2002) e Kurowski e Moreno-Jiménez (2002) investigaram *burnout* nos grupos de profissões em que a atividade é de prestação de cuidados e assistência à saúde, como enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e médicos. Esses profissionais são legalmente capacitados e autorizados a prestarem um serviço especializado e atendem às solicitações dos usuários como proteção e amparo, o que caracteriza o ato ou efeito de assistir.

O interesse em desenvolver esta pesquisa sobre a caracterização da incidência de *burnout* em pediatras de uma organização hospitalar pública surgiu da necessidade de investigar o fenômeno de desgaste emocional e físico relatado por profissionais em processo de autoconhecimento. A delimitação da amostra no universo de pediatras é uma escolha que atende ao critério do caráter assistencial à saúde presente na profissão. Para o pediatra, esse tipo de assistência é dificultada por fatores distintos ligados ao próprio ser médico, às condições de trabalho nas organizações de saúde, às características da organização do trabalho médico e às características sociais da profissão. Portanto, pode-se anunciar o seguinte problema:

Quais as características da incidência de *burnout* em pediatras de uma organização hospitalar pública?

Com objetivo de ampliar a compreensão dos termos, faz-se necessário a definição dos termos que se seguem (FERREIRA, 1999):

1. **Assistência:** Ato ou efeito de assistir; proteção, amparo.
2. ***Burnout*:** Termo de origem inglesa que designa algo que deixou de funcionar. Resposta ao estresse laboral crônico, quando os métodos de enfrentamento falham ou são insuficientes.
3. **Hospital:** Estabelecimento terapêutico e de formação dos médicos.
4. **Incidência:** Qualidade do que é incidente; ação de incidir.
5. **Incidir:** Acometer, atacar, manifestar.
6. **Pediatria:** Ramo da medicina que se ocupa das doenças das crianças em todos os seus aspectos.
7. **Síndrome:** Estado mórbido caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas produzidos por mais de uma causa.

Este estudo pretende contribuir para compreensão do fenômeno do desgaste físico e emocional desencadeante de processos de adoecimento de trabalhadores que desempenham atividade de prestação de cuidados e assistência à saúde, proporcionando descobertas e conhecimento aos profissionais diretamente envolvidos na realidade do trabalho em organizações hospitalares públicas.

1.1 Do estresse ao *burnout*: definições e diferenças conceituais

O entendimento do fenômeno *burnout* requer um exame das origens e definições do estresse. Benevides-Pereira (2002) afirma ser necessária a explicitação da concepção de estresse para observar melhor as diferenças entre os conceitos desses fenômenos. A palavra estresse deriva do latim *stringere*, que significa estreitar. As primeiras referências sobre o termo, segundo Lazarus e Lazarus (citados por LIPP, 1996) remontam ao século XIV e a partir dos séculos XVIII e XIX o termo surge relacionado com o conceito de “*força, esforço e tensão*” (BENEVIDES-PEREIRA, 2002:24). Lipp (1996) contribui ao revelar que a utilização do termo nas ciências humanas passou a ser adotada por analogia, considerando que o ser humano também fica sujeito às tensões produzidas por cargas emocionais ou não.

Para designar *burnout* não há uma definição única. No entanto, é consenso entre estudiosos como Codo (1999), Benevides-Pereira (2002) e Gil-Monte (2002) que pesquisas realizadas até o momento definem *burnout* como uma resposta ao estresse laboral crônico, quando os métodos de enfrentamento falham ou são insuficientes. Segundo Schaufeli e Buunk (2003) a definição proposta por Schaufeli e Enzman (1988) explica *burnout* como um persistente e negativo estado caracterizado por exaustão física e emocional, acompanhado de sensação de redução da eficácia, diminuição da motivação e desenvolvimento disfuncionais no trabalho. Não deve, no entanto, ser confundido com estresse, pois, segundo França e Rodrigues (1999), o termo estresse tem origem na física e seu significado original é o de força-pressão de cargas sobre

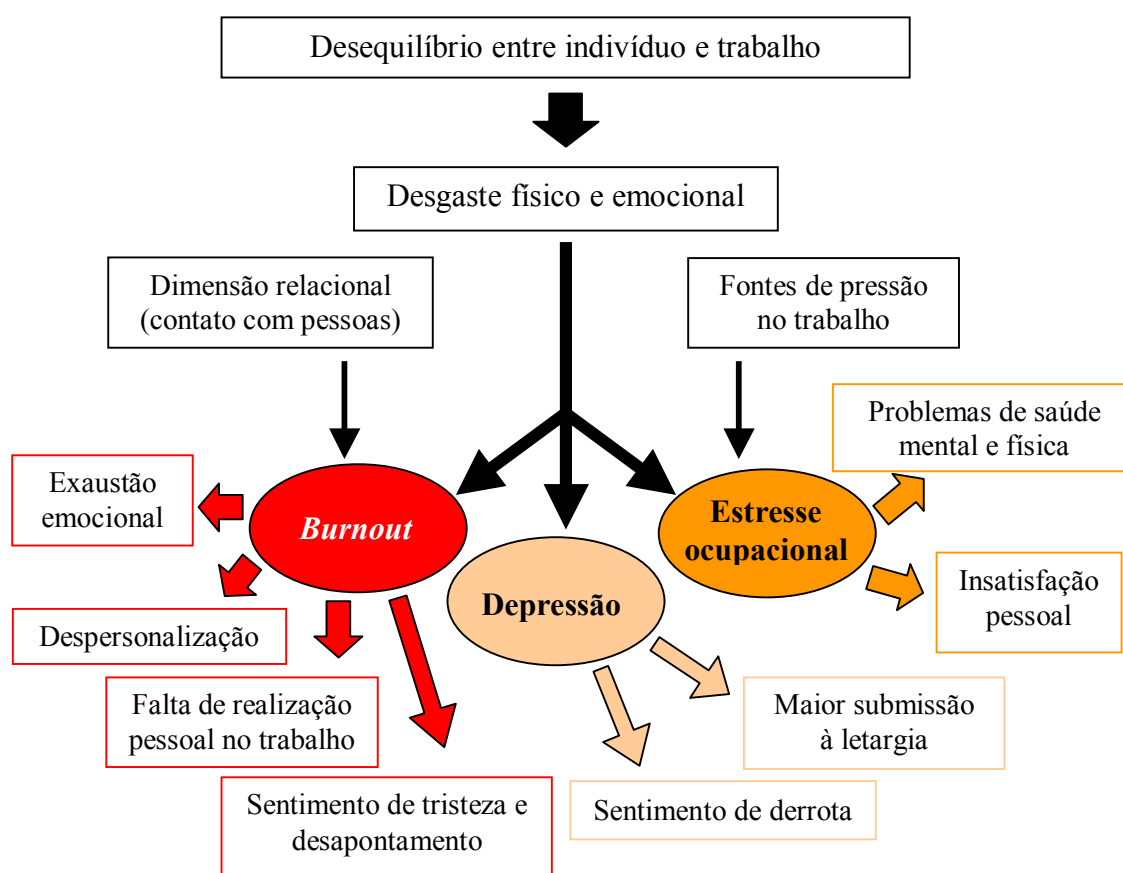
estruturas, cujas energias vão sendo roubadas pelo atrito de um corpo em relação aos outros. Esse desgaste energético é entendido como um esgotamento pessoal com interferência na vida do indivíduo e não, necessariamente, na sua relação com o trabalho.

Selye (1959) explica que o estresse não é, necessariamente, um processo nocivo ao organismo, pois acredita que, quando a intensidade do estresse possibilita crescimento, prazer, desenvolvimento emocional e intelectual, pode ser identificado como estresse positivo, e denominou-o de *eutresse*. Quando o estressor apresenta um caráter negativo e denota maior gravidade, isto é, ultrapassa um determinado limite que varia de organismo para organismo ou, dependendo das perdas e transtornos que acarreta ou ameaça, Selye denomina-o de *distresse*. Assim, conclui-se que, enquanto o estresse pode apresentar aspectos positivos ou negativos, o *burnout* tem sempre um caráter negativo. O estresse pode acometer qualquer indivíduo e, quando o agente desencadeador se refere especificamente à ocupação desempenhada, o mais adequado seria designá-lo estresse ocupacional, que é uma entidade diferente de *burnout*.

Para Schaufeli e Buunk (2003), o estresse ocupacional ocorre quando há um confronto entre as demandas do trabalho e os recursos adaptativos da pessoa. O termo é genérico e refere-se a um processo temporário de adaptação acompanhado de sintomas físicos e mentais. Em contrapartida, *burnout* pode ser considerado um fenômeno de natureza multifacetado caracterizado pela cronicidade, ruptura da adaptação, desenvolvimento de atitudes negativas e comportamentos de redução da realização pessoal no trabalho, características empiricamente mensuradas e validadas por meio de pesquisas.

Benevides-Pereira (2002) e Gil-Monte (2002) concordam que *burnout* tem relação com o tipo de atividade laboral do indivíduo e comporta uma dimensão social, inter-relacional, com alterações na personalidade do profissional. Isso leva-o a um contato frio e impessoal com os usuários de seus serviços (alunos, pacientes, clientes), passando a apresentar atitudes de cinismo e ironia em relação às pessoas e indiferença ao que pode vir a acontecer aos demais, o que não se sucede necessariamente com o estresse nem na sintomatologia da depressão. Segundo Schaufeli e Buunk (2003), a sintomatologia da depressão e do *burnout* apresentam apreciável variação,

especialmente quando o componente exaustão emocional está descrito, não indicando isomorfismo para o estado disfórico. Portanto, pode-se concluir que a sintomatologia do *burnout* e da depressão não são conceitos redundantes, pois os estudos desenvolvidos por Schaufeli e Buunk (2003) (citam McKnight, 1993; Leiter e Durup, 1994 e Bakker *et al.*, 2000) demonstram que *burnout* e depressão emergem por diferentes fatores. A demonstração das diferenças entre os conceitos de estresse ocupacional, depressão e *burnout* pode ser compreendida no esquema ilustrativo 1.1.



Esquema 1.1 Esquema ilustrativo da diferenciação entre *burnout*-estresse ocupacional-depressão.

Segundo Benevides-Pereira (2002:47), Glass e McKnight (1996), ao reverem pesquisas, apontam evidências empíricas da diferença entre *burnout* e depressão. Também para Benevides-Pereira (2002), *burnout* e depressão são conceitos distintos. A

pessoa que vivencia o *burnout* identifica o trabalho como desencadeante do processo e apresenta sintomatologia com prevalência de sentimentos de desapontamento e tristeza, enquanto que na depressão há prevalência de sentimentos de derrota e uma maior submissão à letargia.

Araújo (2001), citado em Benevides-Pereira (2002:47), afirma que "*as relações entre o stress ocupacional e a saúde mental do trabalhador apontam para índices de incapacidade temporária ao trabalho*". Benevides-Pereira (2002) destaca que *burnout* apresenta uma perspectiva relacional e diferencia-se de estresse ocupacional. Como exemplo, um analista de sistemas ou um programador pode vir a sofrer de estresse em função da sobrecarga de trabalho e jornada de horas extras excessivas, mas dificilmente irá desenvolver características percebidas nas atitudes defensivas presentes na despersonalização como, por exemplo, comportamentos de distanciamento, falta de empatia e hostilidade evidenciados na relação entre o profissional e a pessoa.

Compreender o *burnout* é entendê-lo como uma experiência subjetiva do trabalhador que recebe influência direta do mundo do trabalho como condição para a determinação dessa síndrome. Tanto para o estresse como para o *burnout*, é difícil estabelecer um consenso entre autores quanto à definição e modelos explicativos; entretanto, são subdivididos em quatro concepções: clínica, sócio-psicológica, organizacional e sócio-histórica (CARLOTTO, 2002).

Na concepção clínica, o *burnout* é caracterizado como um conjunto de sintomas (baixa auto-estima, fadiga física e emocional, falta de entusiasmo pelo trabalho, sentimento de inutilidade) que ocorre em função da atividade laboral, representando um estado de exaustão resultante de trabalho incessante, ficando para um segundo plano até as próprias necessidades do indivíduo (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Na concepção sócio-psicológica da síndrome, considerando o comportamento do indivíduo dentro de um campo social por ele influenciado, mas igualmente reagindo a ele e transformando-o, o *burnout* é conceituado como uma reação à tensão emocional crônica produzida a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos, uma vez que cuidar exige tensão emocional constante, atenção perene e grande responsabilidade profissional (MASLACH e LEITER, 1999). Já na concepção organizacional, que examina o comportamento humano nas organizações de trabalho com ênfase na

interação das características do trabalhador, na natureza do trabalho, na estrutura organizacional e no ambiente externo, é considerado que os sintomas que compõem o *burnout* são respostas possíveis para o trabalho estressante, frustrante ou monótono em que o sujeito tem liberdade para agir mas com uma tarefa impossível de realizar (CHERNIS, 1996).

A concepção sócio-histórica considera o homem construído socialmente dentro de um tempo histórico, cujas condições sociais atuais são cada vez mais individualistas e competitivas não sendo perceptível o interesse de uma pessoa para ajudar outra, sendo difícil manter o comprometimento no trabalho de servir os demais. Benevides-Pereira (2002:36), referindo-se à concepção sócio-histórica, diz que “*ocupações voltadas para a ajuda e o desenvolvimento do próximo, que se aproximam de uma perspectiva comunitária, são incompatíveis com os valores predominantes na sociedade atual*”.

Em resumo, o *burnout* pode ser entendido como um fenômeno multifacetado, resultante do desempenho das atividades de cuidado profissionalizadas, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e professores. Manifesta-se por meio de uma conjunção de sintomas físicos (fadiga constante, distúrbios do sono, dentre outros), sintomas psíquicos (falta de atenção, alterações da memória, dentre outros), sintomas comportamentais (negligência ou excesso de escrúpulos, irritabilidade e outros) e sintomas defensivos (tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, dentre outros) (CODO, 1999; BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Na literatura especializada, há indicação de que o *burnout* ocorre em trabalhadores altamente motivados que reagem ao estresse laboral trabalhando ainda mais, até que entrem em exaustão. Ocorre uma discrepância individual entre o esforço realizado pelo trabalhador e a consequência do trabalho desenvolvido (FARBER, 1999). Apesar da diversidade de conceituações atribuídas ao *burnout*, a influência direta do trabalho como condição para a determinação da síndrome é unânime entre os pesquisadores (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; GIL-MONTE, 2002), sendo *burnout* considerada uma experiência individual específica do contexto do trabalho (MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001; BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Com relação à trajetória conceitual e empírica do *burnout*, Schaufeli e Buunk (2003) mostram que as publicações iniciais referentes a profissionais com sintomatologia de *burnout* surgiram primeiramente em jornais, revistas e periódicos de várias profissões como professores, enfermeiros, sociólogos e policiais. A literatura sobre o fenômeno era descritiva e respaldava-se em dados empíricos. Os autores destacam ainda que as primeiras revisões indicam que cinco de 48 artigos incluíam dados referentes a fatores individuais e em 1980 começam a ser publicadas as pesquisas empíricas sobre o fenômeno, impulsionadas com a utilização do *Maslach Burnout Inventory* (MBI), instrumento publicado em 1980 e utilizado em 90% das pesquisas e publicações empíricas sobre *burnout*. As pesquisas da fase empírica tendem a evidenciar os fatores organizacionais e não fatores individuais e os aspectos relativos às manifestações decorrentes do fenômeno, assim como as variáveis que desencadeiam o processo necessitam ser aprofundadas para respaldar as investigações desenvolvidas.

1.2 Manifestações e variáveis desencadeantes do *burnout*

Alguns autores consideram arbitrária a distinção entre os sintomas e as consequências do *burnout*, abordando esses aspectos como manifestações agrupadas em afetivas, cognitivas, físicas, comportamentais, sociais, atitudinais, organizacionais e do trabalho (TAMAYO e TRÓCCOLI, 2002). Esses autores citam Schaufeli e Buunk (1996) como pesquisadores que utilizam essa abordagem. Na fase pioneira dos estudos sobre esse fenômeno, quando havia prevalência das observações clínicas sobre as empíricas, existia confusão sobre a diferença entre os sintomas e as consequências para o profissional com *burnout*. Entretanto na fase empírica, observou-se que a distinção entre sintomas e consequências dependia da conceitualização e operacionalização do *burnout*. Posteriormente, Schaufeli e Buunk (2003) utilizaram a terminologia “manifestações do *burnout*”, abrangendo sintomas e consequências.

Para Tamayo e Tróccoli (2002), as principais manifestações afetivas são humor depressivo, desesperança, falta de significado, ansiedade e os sentimentos de impotência no trabalho, acompanhados de uma baixa auto-estima. Os autores relatam que as pessoas com *burnout* reduzem sua tolerância a frustração, mostram-se irritáveis, hipersensíveis e comportam-se com desconfiança e hostilidade para com seus clientes, colegas e superiores. Em relação às manifestações cognitivas, são relatadas dificuldade de concentração, perda de memória, dificuldade para tomar decisões, presença de tiques nervosos, agitação e incapacidade para relaxar.

Maslach e Leiter (1999) enfatizaram que os profissionais com *burnout* evitam contatos sociais e correm o risco de se isolar, pois o envolvimento com as pessoas está reduzido. Relatam que as manifestações comportamentais são desumanização, insensibilidade, indiferença e cinismo no trato com os clientes. Schaufeli e Buunk (2003) complementam que, do ponto de vista comportamental ocorrem abuso de drogas, conduta de evitação, hiperatividade, dificuldade para controlar as emoções e irritação. Afirmam ainda que as principais manifestações sociais são problemas com clientes, colegas, superiores e subordinados.

Em relação aos sintomas físicos, Tamayo e Tróccoli (2002) citam Freudenberger (1974) e Arches (1991) como autores que identificam a sintomatologia como resfriados frequentes, problemas gastrointestinais, dores de cabeça, tremores, falta de ar, fadiga, insônia e sensação de exaustão. As manifestações organizacionais e do ambiente de trabalho referem-se à perda do entusiasmo, do interesse e do idealismo, que podem desencadear o abandono do emprego e levar ao absenteísmo. “*Os indivíduos com burnout não se sentem estimados pela organização nem pelos colegas*” (TAMAYO e TRÓCCOLI, 2002:48).

Para Benevides-Pereira (2002), as características pessoais tais como idade, sexo, nível educacional, estado civil, ter filhos e personalidade, não são em si mesmo desencadeantes do fenômeno, mas facilitadores ou inibidores da ação dos agentes estressores. Observa-se em estudos desenvolvidos por Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) maior incidência de *burnout* em profissionais jovens, principalmente nos que ainda não atingiram 30 anos. Com relação ao gênero, não tem ocorrido unanimidade quanto à possibilidade de maior incidência no sexo masculino ou feminino. De um

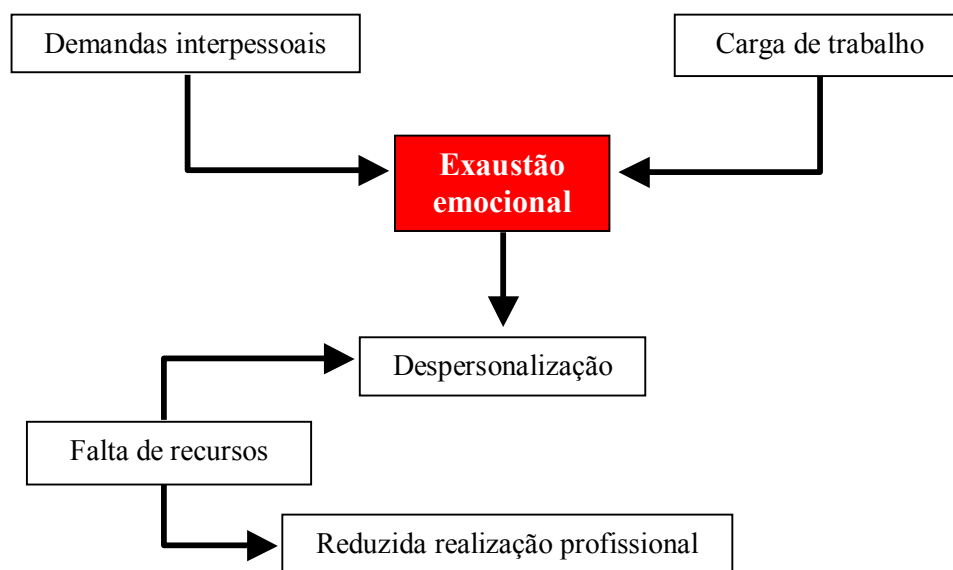
modo geral, evidências demonstram que as mulheres têm apresentado pontuação mais elevada em exaustão emocional e os homens em despersonalização; diferenças essas que podem ser explicadas pelos papéis socialmente prescritos. Para Benevides-Pereira (2002), o fato de as mulheres expressarem mais livremente suas emoções poderia ser uma fonte de dificuldades e conflitos, o que permitiria alívio nos sentimentos de raiva, hostilidade e indignação, enquanto no sexo masculino, essas emoções acabariam sendo demonstradas de forma inadequada, após atingir um nível insuportável.

Com relação ao nível educacional, pesquisas desenvolvidas por Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) relatam maior propensão ao *burnout* nas pessoas que possuem nível educacional mais elevado do que nas de nível mais baixo. Outra variável observada refere-se ao estado civil. Segundo eles, geralmente atribui-se ao casamento, ou ao fato de se ter um companheiro(a) estável, uma menor propensão ao *burnout*, ou seja, os maiores valores na síndrome têm sido identificados nos solteiros, viúvos ou divorciados. O fato de ter ou não filhos, assim como o número desses, são variáveis controvertidas. Benevides-Pereira (2002) sugere que o fato de ter filhos equilibra o profissional, possibilitando melhores estratégias de enfrentamento das situações conflitivas e dos agentes estressores ocupacionais, mas citam que Vega e Urdaniz (1997), em um estudo com médicos, não encontraram diferenças significativas nesse aspecto. As variáveis relativas à personalidade demonstram interferência no desencadeamento do *burnout*. O autor cita Schaufeli e Enzman (1998) para quem diferenças de personalidade fazem com que os sinais e os sintomas apresentem-se de diferentes formas e graus de intensidade. Desta forma, evidências empíricas subsidiam discussão sobre as possíveis variáveis responsáveis pelo desencadeamento do *burnout* (GIL-MONTE, 2002; SCHAUFELI e BUUNK, 2003).

1.3 Desenvolvimento da síndrome de *burnout*

Para explicitar como se desencadeia e desenvolve o processo de *burnout*, alguns modelos foram elaborados (TAMAYO e TRÓCCOLI, 2002). Esses autores citam o modelo de Chernis, apresentado em 1993, que incorpora as idéias de Bandura (1989) sobre auto-eficácia e de Hall (1976) sobre a relação entre desempenho e sucesso psicológico. Nesse modelo, os sentimentos de fracasso descritos por Hall correspondem aos sintomas conhecidos posteriormente na síndrome de *burnout*. Considera as características do ambiente de trabalho como propiciadoras de sentimentos de sucesso, tais como autonomia, desafio, *feedback* e suporte da chefia e dos colegas como similares aos mecanismos utilizados pelas organizações para prevenir o *burnout*. As idéias de Bandura sobre auto-eficácia permitem estabelecer uma relação causal entre *burnout* e sentimentos de ineficácia do indivíduo. O modelo refere que as pessoas com percepção de baixa auto-eficácia experimentam um nível maior de estresse, o que pode fomentar sentimentos de fracasso por não alcançar os objetivos e, conseqüentemente, o *burnout*.

O modelo de Leiter (1993), apresentado em Benevides-Pereira (2002:49), descreve o processo de *burnout* atribuindo o início do desenvolvimento à exaustão emocional, desencadeada pelas características da carga de trabalho e pelas demandas interpessoais. Reações de defesa à exaustão emocional fazem com que o profissional se isole e trate seus clientes com indiferença. A reduzida realização profissional é conseqüência da falta de recursos pessoais e/ou organizacionais que interferem tanto no desenvolvimento da despersonalização como no escasso comprometimento com o trabalho. A seguir, o esquema do modelo segundo Leiter contribui para a compreensão do desenvolvimento da síndrome (Esquema 1.2).



Esquema 1.2 Esquema ilustrativo de modelo do processo da síndrome de *burnout*, segundo Leiter.
Fonte: Benevides-Pereira, 2002:50.

O modelo de Schaufeli, Van Dierendonck e Gorp, apresentado em 1996 (TAMAYO e TRÓCCOLI, 2002), relaciona *burnout* aos processos de troca interpessoal e organizacional e tem como premissa principal que o *burnout* desenvolve-se, primordialmente, no contexto social do trabalho. O modelo refere que os profissionais que cuidam e/ou assistem a outras pessoas esperam algum tipo de retorno dos usuários dos seus serviços, tais como: respeito, gratidão, desejo de melhorar, vontade de aprender e colaboração. Raramente essas expectativas são satisfeitas, pois os usuários acreditam que cuidar é um dever dos profissionais e, muitas vezes, a necessidade dos usuários e/ou o sofrimento crônico em que se encontram dificultam-lhes manifestar qualquer tipo de retorno. No que se refere ao contrato psicológico entre organização e profissional, quando o mesmo percebe falta de reciprocidade e quebra desse contrato ocorre um esgotamento dos recursos emocionais do trabalhador, levando-o a reduzir seu investimento na relação com os clientes, tratando-os de forma despersonalizada, o que deteriora o vínculo profissional-cliente, fomenta erros no trabalho e incrementa o sentimento de diminuição da realização pessoal, aliado ao sentimento de exaustão.

Maslach e Leiter (1999) entendem a síndrome como uma reação à tensão emocional crônica, gerada a partir do contato direto com outros seres humanos. A síndrome é compreendida como um conceito que envolve três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional. A exaustão emocional

é a primeira reação ao estresse causada pelas exigências do trabalho ou por uma mudança importante. Quando exaustas, as pessoas sentem sobrecarga física e emocional, incapacidade de relaxamento e, ao se levantarem pela manhã, estão tão cansadas quanto estavam ao se deitarem. A energia e os recursos emocionais dos trabalhadores estão esgotados e, para Schaufeli e Buunk (2003), a exaustão emocional refere-se a uma redução dos recursos internos causados por demandas interpessoais. Tamayo e Tróccoli (2002) confirmam que a dimensão mais consistente do *burnout* é a exaustão emocional, pois é a manifestação mais evidente e facilmente aceita pelos indivíduos, expressando assim aspectos do *burnout*.

Para enfrentar a sintomatologia psicológica e física experimentada, o profissional desenvolve o que Maslach e Leiter (1999) denominaram de despersonalização, que se manifesta por meio de condutas negativas, como: tratamento depreciativo, reações distantes e frias em relação ao trabalho e aos colegas, envolvimento reduzido com o trabalho e até desistência de seus ideais. Os profissionais parecem utilizar o ceticismo como uma tentativa de se protegerem da exaustão e do desapontamento, o que pode prejudicar a própria capacidade de trabalhar com eficiência. Benevides-Pereira (2002) enfatiza que o profissional passa a ter um contato até mesmo cínico e irônico com as pessoas receptoras de seu trabalho com as quais estabelece vínculo: clientes, pacientes, alunos; enfim, usuários de seus serviços.

Maslach e Leiter (1999) destacam que a reduzida realização pessoal no trabalho é expressa quando o profissional se sente ineficiente e experimenta um sentimento crescente de fracasso: perde a confiança na própria capacidade de desenvolver o seu trabalho e, à medida que não tem confiança em si mesmo, seus colegas também perdem confiança nas atividades por ele desenvolvidas. Carlotto (2002) complementa que existe uma correlação inversa entre *burnout* e satisfação nas atividades ocupacionais desempenhadas. Tamayo e Tróccoli (2002) confirmam que a concepção do *burnout* é um desajuste entre a pessoa e o trabalho sendo uma visão do fenômeno menos centrado no relacionamento com o usuário e mais focalizado nos aspectos organizacionais, identificando seis fontes de desajuste pessoa-trabalho: sobrecarga de trabalho, falta de controle, recompensa insuficiente, falta de convivência coletiva, falta de justiça e conflito de valores.

Benevides-Pereira (2002) acrescenta ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* variáveis sociais, organizacionais e do trabalho desempenhado, que são responsáveis pelo seu desencadeamento. Carlotto (2002) salienta que *burnout* é um fenômeno complexo e multidimensional, resultante da interação entre aspectos individuais e o ambiente de trabalho. O ambiente de trabalho é composto de fatores que se situam dentro da biografia pessoal e profissional do sujeito (comprometimento, valores, carreira e papéis desenvolvidos), fatores organizacionais, fatores institucionais (aspectos éticos e culturais) e fatores derivados das tendências globais e políticas governamentais. Desta forma, tais fatores poderão desencadear o adoecimento do trabalhador.

2 Adoecimento e ambiente de trabalho das profissões de saúde

As contribuições de Maslach e Leiter (1999), na compreensão do adoecimento de homens e mulheres com desgaste físico e emocional, orientam para a identificação de causas localizadas mais no ambiente de trabalho do que no próprio indivíduo, havendo maior probabilidade onde existir um desequilíbrio entre as exigências do trabalho desenvolvido e as pessoas que o realizam. Os autores afirmam ainda que o desgaste físico e emocional é um processo gradual de perda e as exigências do trabalho estruturam a experiência do trabalhador ao mesmo tempo que o desempenho do indivíduo afeta o trabalho e todas as pessoas nele envolvidas. Enfatizam que as causas do desgaste localizadas no ambiente de trabalho têm suas origens em seis pontos de desequilíbrio: 1) excesso de trabalho, 2) falta de controle, 3) remuneração insuficiente, 4) colapso da união, 5) ausência de equidade e 6) valores conflitantes.

O excesso de trabalho é uma questão identificada pelos autores com significado de produtividade para a organização e de tempo e energia investidos pelo trabalhador. A busca do equilíbrio entre esses dois pontos de vista – do trabalhador e da organização – é um desafio para a manutenção de uma relação equilibrada com o trabalho. Atualmente, a organização do trabalho caracteriza atividades complexas e intensas, exigindo mais tempo do trabalhador. Isso gradualmente produz exaustão emocional, criativa ou física, reduzindo sua energia no que diz respeito à eficiência, saúde e bem-estar. As pessoas que sofrem a exaustão do desgaste físico e emocional relatam problemas de saúde crônicos, tais como insônia, tensão, dor de cabeça, pressão alta, úlcera e maior suscetibilidade a gripes e resfriados.

Outra questão destacada pelos autores é o reduzido controle do trabalhador sobre aspectos relevantes de suas atividades. A falta de autonomia interfere na capacidade de estabelecer prioridades em suas tarefas diárias, selecionar abordagens para a realização de seu trabalho e tomar decisões sobre a utilização de recursos. Assim, o trabalhador torna-se suscetível à exaustão, ao ceticismo e à ineficiência provocados pelo desgaste

físico e emocional. A remuneração é outra questão que caracteriza a recompensa material da atividade desenvolvida pelo trabalhador nos quesitos financeiros, prestígio social e segurança. Atualmente, o local de trabalho não proporciona segurança nem desenvolvimento profissional e percebe-se, tanto no setor público como no privado, que as ofertas de emprego tornam-se escassas e com restrições no prazer. A reduzida remuneração não se traduz simplesmente em ausência de retorno financeiro, mas também na dificuldade de reconhecimento pelo que é desenvolvido. Os locais de trabalho não constituem muitas vezes uma comunidade onde indivíduos formam equipes unidas de trabalho.

Para Maslach e Leiter (1999), o colapso da união entre os profissionais fragmenta as relações pessoais, componente básico da união em uma organização. A interação entre os integrantes do grupo de trabalhadores é elemento essencial de sua experiência pessoal na organização e, onde não há união, provavelmente não haverá um compromisso com o trabalho conjunto. Isso pode gerar conflitos entre objetivos ou estratégias para alcançar objetivos grupais. Enquanto o conflito não estiver resolvido, o grupo utilizará uma quantidade de energia para debater questões e fazer intrigas sobre os problemas – o que trará impacto no consumo da energia que poderia ser utilizada no trabalho e aumento de produtividade.

Os autores referem ainda que, na crise de trabalho atual, as organizações encontram dificuldades em manter acordos de confiança, franqueza, transparência e respeito. Em alguns momentos, não sentem interesse em resolver conflitos que acabam gerando questionamentos sobre equidade entre o grupo. Quando uma empresa age com retidão com seus funcionários, ela valoriza cada indivíduo e viabiliza as condições para seu crescimento profissional. Entretanto, quando não se mantém o compromisso entre indivíduo e trabalho, esse fator contribui diretamente para o desgaste físico e emocional. O trabalhador preocupa-se com valores referentes à confiança, franqueza e respeito. Os valores influenciam sua relação com o mundo do trabalho e um conflito de valores ocorre quando há um desequilíbrio entre as exigências do trabalho e seus princípios pessoais, gerando desgaste físico e emocional. Quando o trabalhador acredita no que está fazendo e pode manter seu orgulho, sua integridade e seu amor-próprio, dará o melhor de si enquanto trabalha.

Maslach e Leiter (1999) demonstram que, quando os trabalhadores sofrem de desgaste físico e emocional, eles não são os únicos responsáveis pela fadiga, pela raiva e pela atitude de indiferença que adotam. Para esses autores, tal desgaste é sinal de uma disfunção importante no ambiente das organizações e, portanto, revelam mais sobre o local de trabalho do que sobre os que nele trabalham. Dentre as várias organizações de trabalho existentes, como reagem os profissionais no ambiente de trabalho médico com relação às pressões que desencadeiam exaustão crônica, ceticismo e ineficiência?

No ambiente de trabalho médico, os agentes que exercem pressão, referidos na literatura, elevam o grau de risco da ocorrência de *burnout* (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Dentre os estressores citados, destacam-se: demandas acima das condições efetivas para um bom atendimento, pouco reconhecimento profissional, reduzida participação nas decisões organizativas de gestão e planificação do trabalho, plantões, longas jornadas de trabalho, dificuldades de promoção, exposição constante ao risco e periculosidade (primordialmente em algumas especialidades), pacientes difíceis e problemáticos, pressão do tempo e atuações de urgência, convivência com o sofrimento e a morte, problemas de comunicação, competição no ambiente laboral e burocracia na prática médica. Além desses fatores, a expectativa da sociedade para com o profissional é de infalibilidade, tanto em sua prática laboral, como nas questões éticas e morais. As questões institucionais do local onde o médico desenvolve suas atividades também podem pressioná-lo na medida em que encontra condições laborais incompatíveis com o atendimento adequado ao paciente.

2.1 A dimensão psicossocial no processo de adoecimento

Saúde mental é um processo cujas agressões dirigidas à mente pela vida laboral são confrontadas pelas resistências individuais e coletivas que funcionam como preservadoras da identidade, dos valores e da dignidade dos trabalhadores (SELIGMANN-SILVA, 1994). Segundo a autora, as ações morbígenas, de caráter

essencialmente sócio-econômico, exercem influência por meio de variáveis – social, psicológica e do próprio corpo do trabalhador. Pinheiro, Tróccoli e Paz (2002) acrescentam que fator psicossocial é uma denominação complexa que inclui variáveis relativas ao indivíduo. Afirmam que o *International Labour Office* (ILO) define fatores psicossociais como a interação entre os aspectos do ambiente de trabalho (ou externos a ele) e características do indivíduo relacionadas a efeitos sobre a saúde e/ou desempenho.

Volich (2000) salienta que a doença obedece a uma relação dialética contínua entre corpo, mente e social no qual homens e mulheres vivem e buscam um equilíbrio constantemente ameaçado. O autor considera que toda doença – mental, somática ou comportamental -, é uma tentativa de estabelecimento de um equilíbrio do organismo que não consegue enfrentar as tensões internas ou externas às quais está submetido por intermédio de recursos mais evoluídos. Segundo Mello Filho (1992), os processos de adoecer são compreendidos, não como um evento casual na vida de uma pessoa, mas representam a resposta de uma pessoa que vive em uma sociedade que possui relação recíproca com outros sistemas e com outras pessoas, situadas em determinado ambiente físico.

Volich (2000) ainda constata que a Organização Mundial de Saúde (OMS), em relatório datado de 1986, considera que há uma multiplicação de manifestações de doenças decorrentes de desequilíbrios psicossociais (ruptura de laços familiares e da estrutura social, privação de necessidades básicas, obstáculos à realização pessoal, perda de emprego, aposentadoria dentre outros). Essa é a razão mais freqüente de consultas médicas entre trabalhadores, chegando a 50% nas regiões mais industrializadas e 25% naquelas menos industrializadas. Dentro dessa perspectiva, compreende-se que as doenças mais freqüentes do homem urbano contemporâneo expressam a forma de uma pessoa viver a sua interação com o mundo. Dessa forma, a situação de conflito, seja do indivíduo consigo mesmo, seja do indivíduo com a circunstância à qual está submetido, será suficiente para desencadear transtornos funcionais, e esses, se repetidos e persistentes, alteram a estrutura celular acarretando lesão orgânica e suas complicações decorrentes, evidenciando assim a dimensão psicossocial no processo de adoecimento.

2.2 Perspectiva histórica do adoecer e das profissões de saúde

A história revela que os seres humanos apresentam problemas de saúde durante seu ciclo vital e a assistência aos indivíduos doentes sempre foi desenvolvida por pessoas que tinham um conhecimento especial ou que eram reconhecidos pelo grupo como dotados de uma capacidade especial. As sociedades tribais e indígenas da antiguidade são exemplos de grupos cujos problemas de saúde eram tratados por feiticeiros, pajés ou sacerdotes, pessoas reconhecidas como possuidoras de dotes especiais que passaram por um processo de formação e eram remuneradas com presentes e outras formas de agradecimento. Essas pessoas faziam o diagnóstico, decidiam sobre a terapêutica, preparavam as poções medicamentosas e aplicavam o tratamento e, dessa forma, praticamente não existia divisão de trabalho (PIRES, 1998). Assim, o médico das sociedades tribais assumia o papel de intermediário entre deuses e mortais, conforme afirma Mello Filho (1992). Volich (2000) complementa que na antiguidade o adoecer era considerado uma manifestação de forças sobrenaturais sendo a cura buscada em rituais religiosos. As práticas terapêuticas e as concepções de vida, de saúde e de morte estavam intimamente ligadas a essas crenças.

Na Idade Média, a prática de saúde passa a ser exercida por religiosos que eram físicos, filósofos, intelectuais, arquitetos, enfermeiros e práticos diversos, com diferenças de valorização social entre eles. Os físicos eram os médicos clínicos, formados nos mosteiros e, depois do século X, nas Universidades, como os padres e os advogados. Mello Filho (1992) destaca que a medicina surgiu impregnada de religião, magia e poder. Segundo Pires (1998), os médicos detinham o conhecimento de base religiosa e metafísica que hegemonizava o pensamento e a produção do conhecimento, justificava a ordem social vigente e explicava as doenças. As teorias em relação ao processo saúde-doença, desenvolvidas na antiguidade, foram guardadas pela igreja nos mosteiros e reorientadas para respeitarem os princípios e as limitações impostas pelo Cristianismo. Dessa forma, a profissão do médico - entendida como a arte ou ciência de evitar, curar ou atenuar as doenças -, é compreendida como produto de sua própria história e existente dentro de um contexto que emerge de uma antiga tradição de cura.

Mello Filho (1992) revela que o rito de iniciação do médico passou a ser efetuado nas faculdades e a prática saiu dos mosteiros para se concretizar nos hospitais e consultórios. Pela Lei de 03 de outubro de 1832, as faculdades médico-cirúrgicas formavam médicos clínicos e cirurgiões e em cursos anexos, parteiras e farmacêuticos. Para Pires (1998), as regras referentes à profissionalização e exercício da prática de todas as profissões relacionadas ao trabalho em saúde foram determinadas pelas faculdades médicas. As atividades assistenciais de saúde concentravam-se em um mesmo espaço, especialmente o hospital, e a assistência tornou-se resultado de um trabalho coletivo de médicos, religiosos e/ou práticos. A partir da segunda metade do século XIX, com o avanço dos conhecimentos em saúde, o aumento da população e a ampliação dos problemas, surgiu a necessidade de intervenções mais complexas, o que desencadeou o aparecimento de organizações de grande porte com especialização em unidades e serviços. Inicialmente, os hospitais foram as “Santa Casa de Saúde” e posteriormente os hospitais militares e lazaretos (locais para o confinamento dos portadores de hanseníase). Na década de 50, verificou-se um aumento significativo dos hospitais e ampliaram-se os serviços públicos de saúde no Brasil com a unificação da previdência em 1966.

2.3 O pediatra no contexto das organizações hospitalares públicas como ambiente de trabalho

As organizações hospitalares públicas enquadram-se entre as classificadas como organizações de profissionais ou de especialistas (FARIAS e VAITSMAN, 2002). Sua característica central é exercerem o papel de detentoras de um saber especializado na execução dos seus objetivos. Por esse motivo, o ápice da pirâmide de estratificação interna constitui a fonte de autoridade que se sobrepõe à autoridade administrativa. Farias e Vaitsman (2002) demonstram que o vínculo a uma organização de saúde implica uma identidade coletiva e esclarecem que um dos elementos que a define é o

fato das atividades dos membros da organização estarem concentrados no enfrentamento de fenômenos de vida e morte, isto é, para a produção de bens e/ou serviços que promovam o bem-estar mental, físico e social de seus usuários/clientes.

Outro elemento definidor de identidade na organização de saúde pública é o fato das pessoas pertencerem a categorias ou grupos profissionais especializados direcionados para determinados tipos de atividades. Segundo Schraiber (1993), a partir de 1930 verifica-se que, no decorrer do curso de Medicina, o médico já opta por uma especialidade, o que lhe confere uma identidade profissional. Para Mello Filho (1992), a identidade é uma preocupação milenar e, na idade adulta do ser humano, existe a expectativa de que o desempenho do papel profissional já esteja definido. Assim, em condições ideais, a profissão médica e a especialidade escolhida identificam o profissional dentro de seu ambiente de trabalho.

A pediatria é oficialmente uma especialidade médica conceituada por Mello Filho (1992) como o ramo da Medicina que assiste a criança no seu crescimento e desenvolvimento, envolvendo continuamente aspectos curativos e preventivos. Para Marcondes (1972) e Crespin (1996), essa especialidade promove e preserva a saúde da criança, sua recuperação e reabilitação quando doente e sua integração na sociedade. O pediatra trabalha com o paciente indireto (a família) e assiste diretamente a criança. Benevides-Pereira (2002:61) complementa que *“o contato com o sofrimento e a morte, principalmente de crianças, tem sido referido como uma das principais causas do burnout em profissionais de saúde”*. Além desses atributos, o pediatra também assume a responsabilidade direta nos centros de saúde, ambulatórios da previdência social e consultórios particulares. Em relação ao Estado, o pediatra é assessor técnico do poder público na resolução dos problemas de saúde infantil (MARCONDES, 1972; CRESPIN, 1996).

Marcondes (1972) e Crespin (1996) informam que os atributos do pediatra remetem a reflexões e considerações necessárias para desmistificar esse profissional. O pediatra é um ser humano como qualquer trabalhador, entretanto, a família, em suas expectativas e fantasias, não está em busca de um ser humano normal para auxiliá-la a cuidar da criança: deseja um ser miraculoso, capaz de tudo, capaz de curar instantaneamente e que esteja disponível a qualquer hora, todos os dias. Além das

expectativas do usuário com relação ao pediatra, este, no seu ambiente de trabalho, vivencia situações de impossibilidade entre o desejo de realizar e a dificuldade em fazê-lo, o que promove conflitos intra pessoais que, de forma exacerbada, conduzem ao sofrimento psíquico e, nos casos extremos, ao adoecimento.

Além dos grupos de especialidades profissionais que exercem o mesmo papel na organização, podem ser identificados outros grupos e subgrupos, segundo os tipos de vínculo de contratação da força de trabalho. Farias e Vaitsman (2002) afirmam que o convívio das formas de contrato de trabalho – a transitória e a estável – geram tensões latentes ou manifestas, produzindo, não raro, uma pirâmide estratificada entre os “estáveis” e os “contratados”. Maslach e Leiter (1999) revelam que as desigualdades que se produzem são fatores inibidores à produção de um ambiente organizacional que dê ênfase na cooperação, integração e participação. Farias e Vaitsman (2002) consideram que as organizações de saúde são espaços sociais conflituosos por natureza, cuja coesão e solidariedade demonstram fragilidades similares às identificadas em outros ambientes de interação social. Entretanto, reconhecer a dificuldade na eliminação dos conflitos não determina a desistência de administrá-los, pois seus efeitos podem vir a refletir na queda da eficiência e da qualidade dos serviços oferecidos aos usuários.

Enfatizam ainda que as organizações públicas de saúde são o produto de uma história social, política e cívica que revela determinado padrão de interação entre seus membros, reafirmando a existência da rede de vínculos entre organização pública de saúde, sistema social e indivíduo. Assim sendo, destacam que diferentes tipos de organizações de saúde possuem lógicas específicas; entretanto, todas compartilham características semelhantes, como exemplo: a autonomia dos médicos e a centralidade de seu lugar na hierarquia organizacional, entretanto algumas evidências sugerem que médicos que desempenham seu trabalho em organizações hospitalares públicas referem desgaste físico e emocional o que evidencia a necessidade de aprofundar o entendimento do fenômeno *burnout* em médicos.

3 *Burnout* em médicos

Uma das tentativas teóricas existentes no campo da saúde mental e trabalho para atuar no processo de adoecimento por meio da desistência do trabalhador de suas atividades laborais vale-se especificamente da psicopatologia do trabalho que, por definição, é a “*análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pela confrontação do sujeito com a realidade do trabalho*” (DEJOURS, 1994:120). O termo psicopatologia contém a raiz *pathos* que remete ao sofrimento e não somente à doença ou à loucura, não sendo compreendido no sentido restritivo do mórbido, mas de uma psicopatologia da normalidade que não se restringe à pesquisa, observação ou descrição das doenças mentais no trabalho e que considera ainda a normalidade, ou seja, o que fazem os trabalhadores para resistirem às pressões do trabalho que podem desencadear o adoecimento.

Atualmente, questões como essa são motivo de pesquisas e eventos científicos. Durante o III Congresso de Stress da ISMA-BR e o V Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho realizado em Porto Alegre em junho de 2003 (CONGRESSO ..., 2003), o fenômeno *burnout* foi o tema mais discutido. Segundo Rossi (2003), o conceito popularizou-se nos Estados Unidos e no Brasil e as investigações intensificam-se. Além do forte cansaço, acompanhado de alteração na pressão arterial e nos batimentos cardíacos, insônia, ganho de peso - ou a perda -, o *burnout* traz problemas emocionais e de relacionamento na vida pessoal e profissional. Quem apresenta a síndrome sente-se, literalmente, sem saída. É comum, por exemplo, que a pessoa acredite estar sendo perseguida no trabalho ou que se torne agressiva ou apática e desenvolva depressão e ansiedade excessiva. O mesmo acontece em casa, trazendo isolamento e dificuldade para se relacionar com os amigos e familiares.

De acordo com pesquisas realizadas pela *International Stress Management* – Brasil (ISMA-BR, ROSSI, 2003), 30% de todos os profissionais brasileiros sofrem de *burnout*. O médico sueco Levi (2003), consultor de estresse da OMS e presidente da ISMA Internacional, afirmou que o alto esforço e a baixa gratificação são alguns dos fatores que levam ao problema, destacando que a solução para lidar com o *burnout* está

em ações integradas, que vão do comprometimento de cada um - ao tentar estabelecer um estilo de vida mais saudável - ao envolvimento do governo, que deveria abraçar políticas de prevenção aos altos níveis de estresse. Isso porque, mais do que um ônus para as empresas, as doenças causadas pelo excesso de trabalho custam, nos 15 Estados membro da União Européia, cerca de 300 bilhões de dólares por ano ao sistema de saúde. Limongi-França (2003) defende a adoção de programas de qualidade de vida dentro das corporações e de novos modelos de gestão de saúde. Benevides-Pereira (2002) acrescenta que o trabalho pode constituir um espaço de prazer, além da subsistência de vida, e não apenas de sofrimento e perda de saúde.

Berndtsson (2003) enfatiza que medidas simples, como a conscientização sobre a quebra do ciclo do excesso de trabalho e a prática regular de uma atividade física, podem ajudar a reverter problemas causados pelos altos níveis de estresse. Como resultado, nos últimos três anos, desde que o programa foi implantado na Volvo (Suécia), nenhum executivo apresentou *burnout*. Com isso, o autor acredita que a economia para a Volvo tenha sido de 17 milhões de dólares, referente ao não-afastamento por seis meses dos executivos.

Dolan (2003) ressalta a importância de programas efetivos de qualidade de vida para lidar com o *burnout* nas organizações. Para ele, a estrutura da gerência, a carga de trabalho e o estresse psicológico afetam a produção. Assim, os profissionais de recursos humanos têm, atualmente, um importante papel: o de agentes de mudança. Benevides-Pereira (2002) acrescenta que o *burnout* passou a ser protagonista no mundo laboral pois explicita grande parte das conseqüências do impacto das atividades ocupacionais no trabalhador e desse na organização.

Pesquisas atuais sobre o *burnout* identificam a necessidade de maior investimento em estudos que investiguem a influência de variáveis pertinentes ao vínculo indivíduo-organização, pois dessa forma poderão surgir intervenções que priorizem a prevenção e o tratamento do fenômeno nas organizações (GARROSA-HERNÁNDEZ *et al.*, 2002). Os autores enfatizam que o sucesso das ações preventivas será respaldado na capacidade de tratar o fenômeno como um problema derivado da relação do indivíduo com o trabalho e com a organização e não somente vinculado às

características de personalidade do indivíduo ou ao vínculo do profissional com os usuários.

Segundo Benevides-Pereira (2002), a relevância social de produzir conhecimento sobre *burnout* em médicos tem fundamentos na busca de respostas necessárias para compreender a relação trabalho, saúde e doença. A ocorrência desse fenômeno mostra-se freqüente e disseminada, e demonstra ser um problema de abrangência internacional possível de ocorrer em qualquer realidade social, cultural ou geográfica. Gil-Monte (2002) complementa ao destacar que, na Espanha, a *síndrome de quemarse por el trabajo* (síndrome de *burnout*) adquiriu uma relevância especial, sendo notícia e objeto de contínuo debate nos meios de comunicação em que se insiste sobre a necessidade de reconhecê-lo como enfermidade profissional e sobre a importância que tem sua prevenção e tratamento. Uma ação relevante nesse sentido foi a sentença ditada em 26 de outubro de 2000 pelo *Tribunal Supremo, Sala de lo Social*, que a reconhece como doença laboral.

No Brasil, as leis de auxílio ao trabalhador contemplam esta síndrome no decreto nº 3.48/99, de 06 de maio de 1996. Dispõe sobre a Regulamentação da Previdência Social, em seu Anexo II, que trata dos *Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais, conforme previsto no Art. 20 da Lei nº 8.213/91*, ao se referir aos transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (Grupo V da CID-10), no inciso XII aponta a *Sensação de Estar Acabado* (“*Síndrome de Burn-out, Síndrome do Esgotamento Profissional*”) (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). As consequências sociais dos problemas relacionados ao *burnout* em médicos residem na possibilidade crescente de identificar na sociedade, médicos desempenhando suas atividades com comportamentos distantes e frios, com baixo envolvimento com o trabalho e reduzida realização profissional, até desistirem de seus ideais e escolhas profissionais. Além disso, a exaustão física e emocional interfere na qualidade do atendimento, no cumprimento dos horários pelo excesso de horas dedicadas ao trabalho, podendo chegar ao extremo de desencadear a morte de um paciente por incompetência ou negligência.

Na medida em que os resultados deste trabalho poderão ser utilizados em benefício da ação de repensar a organização do trabalho médico, como propor a estruturação de programas preventivos a serem desenvolvidos com os grupos de profissionais, minimizando os problemas relacionados ao adoecimento através do

burnout. O conhecimento dessa síndrome é necessário não só para os médicos e aqueles que desenvolvem suas atividades em áreas de segurança no trabalho, como para a classe de profissionais em que há maior risco de incidência da mesma, ou seja, profissionais que desenvolvem atividades em contato direto com seus usuários nas organizações de serviço. Na medida em que houver melhor entendimento sobre este fenômeno psicossocial como processo, identificando suas etapas, dimensões, estressores mais significativos e modelos explicativos, será possível vislumbrar estratégias que permitam prevenir ou minimizar o *burnout*. Os profissionais poderão ser auxiliados a prosseguir na concretização de seu projeto de vida pessoal e profissional com qualidade, assim como buscar alternativas para possíveis modificações na dimensão de seu trabalho, de suas relações interpessoais e nos fatores que interferem na cultura organizacional e social em que o profissional desempenha sua atividade.

Nos Estados Unidos, Anderson (2002) verificou, em estudo realizado com 115 médicos durante o treinamento de residência, que 75% dos sujeitos da pesquisa apresentaram a síndrome de *burnout*. Considerou-a como um problema diferente da depressão ou do abuso de substâncias químicas. Os sujeitos apresentaram desempenho de trabalho diminuído, compromisso reduzido com o trabalho e satisfação baixa com a carreira, mas mantiveram-se em suas atividades profissionais. Os médicos *burned-out* apresentam facilidade para entrar em confrontos com a equipe, pacientes e familiares, demonstram entusiasmo baixo para o trabalho, tomam decisões pobres e erram muito. Em alguns casos, à síndrome é adicionada a utilização de substâncias químicas como álcool, maconha, solventes, cocaína, anfetaminas, nicotina e tranquilizantes.

Doot (2002) comprova que é muito comum médicos optarem por abandonar a medicina e buscarem outra atividade para desenvolver. Complementa que o estresse é parte natural da vida do médico, de sua rotina de trabalho e quando existe em um nível baixo, visando à adaptação do corpo a uma ameaça, as alterações fisiológicas e orgânicas são tidas como um mecanismo normal, cujo objetivo é a defesa contra eventuais agressões. Nesse nível, o estresse pode trazer energização e proporcionar uma atuação melhor, mas quando a pressão traz problemas, quando o médico luta contra metas financeiras e alta demanda de carga horária extra de trabalho, a energia laboral não se mantém.

Cusimano, Yonke e Tucker (1999) desenvolveram uma pesquisa com objetivo de determinar a magnitude e as razões para o fenômeno do desgaste no residente de

neurocirurgia em 13 programas de residência no Canadá, sendo que 92% dos residentes que compõem os programas, responderam a pesquisa. Os resultados demonstraram que 42 residentes desistiram voluntariamente do programa de treinamento da residência no período de 1980 a 1992 e as razões para desistência foram a excessiva carga de horas de trabalho, crescente demanda, deficiência nos profissionais com relação às atitudes e/ou comportamentos eficazes e eficientes de gerenciamento das relações interpessoais e conflito de valores. Tais resultados sugerem que o desgaste no residente de neurocirurgia é significativo e afirmam que a desistência raramente acontece por fatores cognitivos ou déficit psicomotor, mas geralmente ocorrem por fatores concernentes a questões de conflito de valores e nas relações interpessoais. Afirmam que futuros estudos em outros países e com outras especialidades são necessários para confirmar essas descobertas.

As investigações brasileiras, comparadas às realizadas nos Estados Unidos e na Europa, são mais escassas, encontrando-se uma pesquisa sobre *burnout* em médicos realizada por integrantes do Núcleo de Estudos Avançados sobre a Síndrome de *Burnout* do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá entre 1998 e 1999. Segundo Benevides-Pereira (2002), a maioria dos trabalhos que trata a Medicina como uma atividade de risco em *burnout* são de cunho predominantemente teórico, sendo comparativamente escassos os do tipo empírico que fazem referência específica ao médico. Dessa forma, a investigação das características da incidência de *burnout* em pediatras de uma organização hospitalar pública propiciará o exame dos resultados na realidade brasileira, permitindo o estabelecimento de ações na esfera preventiva e interventiva da síndrome de *burnout*.

Para Benevides-Pereira (2002), a extensão territorial do Brasil, com suas diferenças regionais e sócio-culturais, nos dá uma dimensão aproximada do quanto ainda resta por investigar sobre níveis de incidência de *burnout* em médicos, para que se consiga falar em âmbito nacional sobre estudos consistentes que respaldem a adaptação e elaboração de instrumentos pertinentes à nossa realidade. Assim sendo, as possibilidades e necessidades de avanço no conhecimento sobre *burnout* justificam-se devido ao desconhecimento desta síndrome pelos profissionais de saúde que, ignorando este tipo de transtorno no que se refere à sua etiologia multifatorial, bem como formas de prevenção e intervenção, não prescrevem adequadamente o tratamento efetivo.

4. Prevenção e intervenção no fenômeno *burnout*

As investigações desenvolvidas sobre o fenômeno *burnout* (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; GARROSA-HERNÁNDEZ *et al.*, 2002; GIL-MONTE, 2002; KUROWSKI e MORENO-JIMÉNEZ, 2002; LIPP, 2003; SCHAUFELI e BUUNK, 2003) permitem estabelecer linhas de intervenção e prevenção diferenciadas. Dentro de uma perspectiva psicossocial, os diferentes elementos que compõem o processo resultante de um contexto laboral desfavorável podem ser isolados de características individuais, do tipo de enfrentamento utilizado pelo profissional, assim como da relação entre essas variáveis. Segundo Benevides-Pereira (2002) as intervenções e os programas preventivos enfatizam três níveis: programas centrados na resposta do indivíduo, no contexto ocupacional e na interação contexto ocupacional e indivíduo.

Os programas centrados na resposta do indivíduo consistem basicamente na aprendizagem, por parte do profissional, de estratégias de enfrentamento adaptativas diante de agentes estressantes, conseguindo prevenir as respostas negativas associadas aos efeitos do estresse. Por outro lado, os programas centrados no contexto ocupacional enfatizam a necessidade de modificar a situação em que se desenvolvem as atividades, principalmente nos aspectos relativos à organização tais como ambiente e clima de trabalho. Os programas centrados na interação do contexto ocupacional e o indivíduo, têm como objetivo entender o *burnout* como resultante da relação do sujeito e o meio laboral, evidenciando a modificação das condições ocupacionais, a percepção do trabalhador e a forma de enfrentamento diante das situações de estresse ocupacional de forma integrada (GARROSA-HERNÁNDEZ *et al.*, 2002). Schaufeli e Buunk (2003) ressaltam que a eficácia da intervenção com abordagem individual para combater o *burnout* estabelece-se com maior resolutividade quando é realizada também a abordagem organizacional. Maslach e Leiter (1999) confirmam a necessidade de realizar intervenções no profissional assim como em seu ambiente de trabalho, salientando que as soluções para o problema baseiam-se no contexto social de trabalho.

Ainda segundo Maslach e Leiter (1999) os programas podem ser considerados preventivos e interventivos em função da fase de atuação sobre o *burnout*, denominando-se prevenção primária, secundária e terciária. Caso o programa objetive reduzir os fatores de risco para *burnout*, ou seja, modificar a natureza do estressor, antes que seja percebido como tal, esta fase é denominada prevenção primária. Se a atuação do programa ocorrer sobre a resposta da pessoa e no contexto de trabalho, com percepção do estresse pelo profissional, mas ainda sem evidências de sintomatologia, a prevenção é considerada secundária. Caso já existam sintomas efetivos e a perda do bem estar e da saúde estejam comprovadas por evidências, essa fase é denominada de prevenção terciária, conforme postula Kaplan (1964) ou, de acordo com a posterior nomenclatura proposta por Schaufeli e Enzman (1998), tratamento. Esses autores incluem ainda a fase que implica a preparação para o retorno ao lugar de trabalho com necessidade de adaptação e mudanças individuais, sendo denominada fase de reabilitação.

Para que as organizações priorizem a prevenção e tratamento do *burnout*, Tamayo e Tróccoli (2002) informam que será necessário que pesquisas atuais sobre o fenômeno se direcionem para a investigação da influência de variáveis concernentes ao vínculo indivíduo-organização, pois dessa forma, esses estudos viabilizarão o desenvolvimento de modelos mais complexos referentes ao processo de *burnout* no contexto laboral brasileiro e assim esse fenômeno deixará de ser identificado unicamente como ligado às características de personalidade do indivíduo, ou ao vínculo do profissional com os usuários, e será tratado como um problema derivado da relação do indivíduo com o trabalho e com a organização.

5 MÉTODO

O método utilizado na realização do estudo constitui-se de procedimentos e regras com objetivo de orientar e auxiliar a realização da pesquisa com eficácia. A seguir serão descritos: a) características gerais da organização onde o estudo foi realizado; b) sujeitos que participaram do estudo; c) instrumentos utilizados para a coleta dos dados; d) situação e ambiente onde foi realizada a pesquisa; e) procedimentos e f) análise dos dados.

5.1 Características gerais da organização onde o estudo foi realizado

A organização de saúde pesquisada é do tipo hospitalar público, construída com auxílio da comunidade local, na década de 60, como unidade de ensino para atender ao ciclo profissionalizante. A criação foi resultado da tomada de posição de um grupo de médicos da cidade, frente ao movimento nascido em setores leigos da comunidade, que reivindicavam a criação de uma Faculdade de Medicina. O processo de criação da Escola de Medicina foi iniciado em maio de 1966 tendo apoio de políticos da época. Aliada a esse grupo, a Loja Maçônica e a sociedade como um todo uniram-se e colaboravam com doações para a construção da estrutura física. Cotizavam-se para doar dinheiro, material de construção, móveis e equipamentos (UNIVERSIDADE ..., 2003).

O nome oficial escolhido para a escola foi o de Escola de Medicina e Cirurgia (EMECIU), e tem como data oficial de fundação o dia 21 de julho de 1966. No dia 30 de dezembro de 1966 foram iniciadas as obras de construção da Escola e no dia 8 de fevereiro de 1968 o Conselho Federal de Educação autorizou seu funcionamento por meio do Decreto 6261. Em 19 de março de 1968, a Escola de Medicina e Cirurgia foi inaugurada pelo então Presidente da República, Marechal Arthur da Costa e Silva. O

primeiro vestibular ocorreu em abril de 1968 e a primeira turma de Medicina da escola foi formada em 1973, com 95 alunos. Em 1975 foi firmado convênio entre o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Ministério da Educação e Cultura (MEC) passou a pagar pelos atendimentos realizados no Hospital de Clínicas, o que permitiu que a Escola de Medicina expandisse e ganhasse expressão e representatividade. Em 1976, a Escola passou a integrar a Universidade e em 1978 tornou-se Federal, deixando de existir como Escola de Medicina e Cirurgia. Tornou-se o Curso Médico do Centro de Ciências Biomédicas da Universidade Federal até 1999, ano em que foi transformada em Faculdade de Medicina da Universidade Federal, com curso de Graduação em Medicina e Enfermagem e de Pós-Graduação em nível de mestrado e doutorado. O Hospital de Clínicas foi inaugurado com 2.300m², 27 leitos, quatro apartamentos e com um corpo clínico de 20 médicos. A mantenedora do Hospital era a Fundação da Escola de Medicina e Cirurgia (UNIVERSIDADE ..., 2003).

O Ambulatório e Pronto-Socorro dispunham de cinco consultórios cada e o atendimento era destinado a pacientes de baixa renda e sem cobertura previdenciária na época. As instalações físicas sofreram várias ampliações, graças a novas doações da comunidade. O Hospital de Clínicas (HC) integrou-se ao Sistema Único da Saúde (SUS), passando a representar importante instituição regional para o atendimento a pacientes provenientes da cidade e municípios vizinhos (UNIVERSIDADE ..., 2003).

Com a incorporação da Escola de Medicina e Cirurgia à Universidade, o HC ficou vinculado à Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa (FAEPU). Iniciou seu funcionamento em um único bloco, onde funcionavam todas as clínicas básicas. Posteriormente, a partir de doações da Maçonaria foi construído a Unidade de Pediatria e, gradualmente, o Hospital de Clínicas foi sendo ampliado com recursos do Ministério da Educação e do Desporto e do convênio com o então INPS. Novas áreas físicas para enfermarias cirúrgicas, especialidades clínicas, pronto-socorro foram inauguradas nesta ocasião (UNIVERSIDADE ..., 2003).

Com uma expressiva doação de empresários da cidade, iniciou-se a construção do bloco vertical onde funcionam as unidades de propedêutica, centro cirúrgico e unidade de terapia intensiva adultos. Investimentos da FAEPU, da Universidade e financiamento da FINEP permitiram praticamente terminar as obras desta unidade,

estando em início do funcionamento a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica e uma ala de apartamentos. Em julho de 2003, o HC dispunha de 486 leitos e cerca de 50.000m² de área construída (UNIVERSIDADE ..., 2003).

A missão dessa organização de saúde é desenvolver indissociavelmente e com qualidade, atividades nos níveis de Graduação, Pós-Graduação e Educação Continuada; promover atividades de pesquisa, extensão, consultoria, administração e assistência à saúde; respeitar e subsidiar a elaboração de princípios constitucionais do sistema público de saúde e participar da rede de saúde macro-regional como referência dos diferentes níveis de atenção, preferencialmente de maior complexidade (UNIVERSIDADE ..., 2003).

A visão de futuro da organização prevê que a) a mesma preste assistência de qualidade, em todos os níveis de atenção, valorizando o processo educativo e o auto cuidado, promovendo a desospitalização e reservando as internações aos processos de maior complexidade; b) dispor de infraestrutura de ensino que garanta um perfil educacional coincidente com o perfil ocupacional dos profissionais de saúde, valorize o espírito de trabalho em equipe multiprofissional e a integração ensino-serviço, garantindo, ainda, o enfoque epidemiológico no planejamento do ensino, da pesquisa e da assistência à saúde; c) estar com seus processos administrativos automatizados ao máximo e ter implantado a gestão por processos; d) ter documentadas e atualizadas todas as suas rotinas, incluindo as condutas médicas; e) dispor de um sistema consistente de processamento da informação, que disponibilize informações das diversas fontes possíveis, garantindo às equipes e aos profissionais em formação substrato para uma sólida base de conhecimentos (UNIVERSIDADE ..., 2003).

No organograma da Universidade Federal, o Hospital de Clínicas é identificado como órgão suplementar e encontra-se subordinado diretamente ao reitor. O HC possui uma diretoria clínica, responsável pelos ambulatórios periféricos distribuídos nos bairros da cidade e pelos serviços de atendimento médico, cirúrgico, ginecológico, pediátrico, farmácia, berçário, UTI, anestesiologia, oncologia e queimados. A organização possui também uma diretoria administrativa, responsável pela divisão de nutrição dietética, divisão de arquivo médico e estatística, divisão de apoio

administrativo e divisão de zeladoria. As diretorias clínica e administrativa são ligadas diretamente à diretoria geral da organização hospitalar (UNIVERSIDADE ..., 2003).

5.2 Sujeitos

Participaram desse estudo 41 pediatras de uma organização hospitalar pública que desempenham suas atividades nas áreas do Ambulatório, UTI, Pronto Socorro e Berçário do Hospital Universitário.

5.3. Instrumentos

Para atender os objetivos propostos neste estudo, utilizou-se como instrumento de coleta de dados o MBI (*Maslach Burnout Inventory*): O MBI (MASLACH e LEITER, 1999) é um instrumento auto-aplicável que vem sendo utilizado em todo o mundo, adaptado e traduzido a diversos idiomas, inclusive o Português. O questionário MBI (MASLACH e LEITER, 1999) é constituído de 22 itens, compostos de enunciados propostos, cada um acompanhado de uma escala do tipo Likert de sete pontos, indo de “0” como “nunca” a “6” como “todos os dias”. De seus 22 itens, nove são relativos à dimensão *Exaustão Emocional* (EE), cinco à *Despersonalização* (DE) e oito à *Realização Profissional* (RP).

Ao MBI (Anexo 2) foi acrescido um termo de participação (Anexo 1), um questionário de dados sócio-demográficos (Anexo 3), um formulário de priorização de fatores organizacionais preditores de *burnout* (Anexo 4) e um questionário de sintomas somáticos (Anexo 5). O termo de participação teve como objetivo convidar o médico a

participar da pesquisa que avaliaria as características da síndrome de *burnout* em pediatras de uma instituição hospitalar pública. Por meio desse termo os médicos foram informados que os dados coletados seriam confidenciais e ele seria identificado apenas por um código de letras e números. A seguir, foram fornecidas as informações referentes à pesquisa, tais como, objetivo do estudo, motivo e forma de realização, existência de riscos e benefícios, compensações futuras, como seria a participação do médico na pesquisa e a quem deveria dirigir-se para maiores informações sobre a pesquisa foram explicitadas.

Com o questionário para obtenção de dados sócio-demográficos foram coletados dados referentes a sexo, idade, estado civil, tempo de exercício da profissão em organizações hospitalares. Foram coletados também, dados profissionais tais como: período após o término da graduação, organização em que trabalha, característica do vínculo empregatício, horas de trabalho semanais e titulação e as características pessoais como: tempo das últimas férias, atividade no tempo livre, atividade física e relação com atual atividade profissional.

O formulário de priorização de fatores organizacionais preditores de *burnout*, também anexado ao MBI, permitiu a coleta de dados referentes a fatores preditores de *burnout* no trabalho desenvolvido pelo pediatra da organização hospitalar pesquisada. Esse instrumento é auto-aplicável, e foi desenvolvido especificamente para essa pesquisa. O formulário é constituído de 06 itens, compostos de enunciados propostos, cada um acompanhado de uma escala do tipo Likert de sete pontos, indo de “0” como “nunca” a “6” como “todos os dias”. Os itens do formulário são relativos às variáveis, que segundo Maslach e Leiter (1999), podem desencadear um desequilíbrio entre as exigências do trabalho desenvolvido e os profissionais que o realizam: excesso de trabalho, falta de controle, recompensa suficiente, colapso de união, ausência de equidade e valores conflitantes. Por meio do questionário de sintomas somáticos que solicitava aos sujeitos a identificação da frequência com que eles percebiam os sintomas somáticos advindos de seu dia-a-dia de trabalho, em uma variação de 0 (nunca) até 6 (todos os dias), foram coletados dados que permitem caracterizar a amostra pesquisada no que se refere a sintomatologia física observada pelos sujeitos. Os instrumentos citados foram impressos em papel ofício, contendo as perguntas e espaços para anotação

das respostas. Ao protocolo foi anexada uma declaração de conhecimento e consentimento de participação na investigação, conforme o disposto nas normas de bioética (Resolução 169/1996 do CNS) com o devido consentimento do médico que participou da pesquisa.

5.4 Situação e ambiente

A aplicação dos questionários foi realizada com 80% da amostra no consultório do pediatra e nos 20% restantes em sala própria da organização hospitalar. A escolha do espaço utilizado foi orientada pelos seguintes critérios: espaço equipado com uma mesa ou escrivaninha e cadeiras, ambiente tanto quanto possível bem iluminado, ventilado, protegido de ruídos e sem fluxo de pessoas, preservando o entrevistador e entrevistado de interrupções ou interferências de qualquer tipo.

5.5 Procedimentos

Inicialmente foi agendada uma reunião com a diretora geral do hospital com objetivo de solicitar a liberação da realização da pesquisa na área da pediatria. Naquele momento, os objetivos do estudo assim como os procedimentos a serem realizados foram expostos. Após consentimento da diretora do hospital, a solicitação para o desenvolvimento da pesquisa foi protocolada em duas vias, permanecendo uma via na diretoria geral do hospital e a segunda via foi encaminhada para análise da Comissão de Ética da Universidade, conforme o disposto nas normas de bioética. Com a obtenção do consentimento para a pesquisa, iniciou-se a coleta de dados.

Os sujeitos que participaram da aplicação do protocolo foram médicos que desempenham suas atividades nas áreas do Ambulatório, UTI, Pronto Socorro e Berçário da Pediatria de uma organização hospitalar pública. Foi realizada reunião com o pesquisador responsável, os coordenadores e os médicos das áreas citadas com objetivo de comunicar a realização da pesquisa e solicitar a participação voluntária dos profissionais que tivessem interesse.

O horário e o local para a aplicação do protocolo foi agendado com antecedência. A aplicação teve início com os cumprimentos e, após este momento, explicitou-se aos sujeitos os propósitos da pesquisa e dos aspectos contemplados no questionário, que foi respondido junto com o aplicador que, sempre que necessário, dava explicações adicionais sobre o que estava sendo pedido. Os sujeitos foram informados do compromisso ético-profissional de sigilo das informações que seriam coletadas durante a pesquisa e de que as informações orais por eles emitidas seriam registradas manualmente em papel pelo pesquisador.

5.6 Análise dos dados

Os protocolos respondidos foram, inicialmente, submetidos a um exame para identificar possíveis erros ou omissões nas respostas e verificou-se que os 41 protocolos estavam em condições de serem analisados, não sendo necessário inutilizar nenhum para a análise. Após esta fase de revisão, os dados coletados foram devidamente codificados e digitados em planilha (Microsoft Excel) para estruturação de tabelas e gráficos, com a finalidade de estudar as variáveis estabelecidas para a pesquisa, em função das características sócio-demográficas, dos resultados obtidos nas dimensões que compõem a síndrome de *burnout* – exaustão emocional e física (EE), despersonalização (DE) e reduzida realização profissional (RP), dos fatores organizacionais identificados como preditores de *burnout* para essa amostra pesquisada, assim como da sintomatologia física percebida pelos profissionais.

Com relação às dimensões que compõem a síndrome, o manual do MBI traz como princípio para o diagnóstico do *burnout* a obtenção de classificação alta para EE e DE e classificação baixa para RP. Os resultados alto, médio e baixo, de pesquisas desenvolvidas na Espanha, Estados Unidos, Holanda e Brasil, também denominados pontos de corte, são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Resultados alto, médio e baixo das escalas do manual do MBI (*Maslach Burnout Inventory*)

Resultados	Manual											
	NEPASB (n= 595)			Espanha (n= 1138)			USA (n= 11067)			Holanda (n= 3892)		
	rRP	EE	DE	rRP	EE	DE	rRP	EE	DE	rRP	EE	DE
Alto	43	26	9	32	25	10	31	27	13	28	21	9
Médio	34-42	16-25	3-8	3-39	15-24	4-9	32-38	17-26	7-17	29-32	13-20	5-8
Baixo	33	15	2	40	14	3	39	16	6	33	12	4

Legenda: RPr= reduzida Realização Profissional; EE= Exaustão Emocional; DE= Despersonalização
NEPASB= Núcleo de Estudos Avançados sobre a Síndrome de Burnout (Fonte: BENEVIDES-PEREIRA, 2002: 77)

A análise descritiva com objetivo de mostrar os resultados obtidos na pesquisa com pediatras de uma organização hospitalar pública foram apresentados em termos de percentuais, em relação ao total de casos válidos em cada item de interesse da pesquisa. A apresentação deu-se por meio de tabelas e figuras constituídas pelas variáveis pesquisadas, número de participantes e o percentual correspondente calculado sobre o total de ocorrências. As informações orais coletadas durante a aplicação do protocolo foram registradas manualmente em folhas de papel ofício e posteriormente cada sujeito foi identificado por um código de letra e número. O conteúdo das citações literais ilustrativas das falas dos sujeitos confirma os resultados obtidos com a aplicação do instrumento.

6. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A apresentação dos resultados do estudo, que tem como objetivo caracterizar a incidência de *burnout* em pediatras de uma organização hospitalar pública, concretiza-se da seguinte forma: a) apresentação da caracterização da amostra pesquisada; b) descrição dos resultados do MBI (*Malasch Inventory Burnout*) em suas dimensões – EE (exaustão emocional), DE (despersonalização) e RP (realização profissional); c) apresentação e descrição das variáveis sócio-demográficas dos pediatras que compõem a amostra; d) apresentação e descrição das variáveis organizacionais: sobrecarga de trabalho, falta de controle sobre o próprio trabalho, falta de recompensa pelas contribuições no trabalho, falta de união, falta de equidade e conflito de valores; e) apresentação e descrição das variáveis de sintomatologia física da amostra.

6.1 Apresentação da caracterização da amostra da pesquisa

6.1.1 Características sócio-demográficas

Dos participantes deste estudo, conforme a Tabela 6.1, houve prevalência do sexo feminino (75,6%) e, nessa amostra, 75,6% possuem filhos. Os dados relativos à variável idade foram organizados em termos de faixas etárias, com predomínio na faixa etária de 30 a 39 anos (31,8%), sendo observada a média de idade de 37,09 anos. Os dados referentes à variável estado civil foram dispostos em termos da situação atual do médico, identificando a prevalência de médicos com companheiro fixo (82,9%). Em relação ao número de filhos, houve predomínio de profissionais que têm somente um filho (38,7%).

Tabela 6.1 Distribuição percentual por sexo, idade, estado civil, número de filhos da amostra pesquisada (n= 41)

Variáveis		Ocorrência	%
Sexo	Feminino	31	75,6
	Masculino	10	24,4
	Total	41	100
Filhos	Feminino com filhos	25	61,0
	Masculino com filhos	6	14,6
	Nenhum filho	10	24,4
	Total	41	100
Número de filhos	1 filho	12	38,7
	2 filhos	10	32,2
	3 filhos	8	25,8
	Mais de 3 filhos	1	3,3
Idade (em faixa etária)	20 – 29	11	26,8
	30 – 39	13	31,8
	40 – 49	9	21,9
	50 – 59	7	17,0
	60 – 69	1	2,5
	Total	41	100
Estado civil	Com companheiro fixo	34	82,9
	Sem companheiro fixo	7	17,1
	Total	41	100

6.1.2 Características profissionais da amostra

Com relação às características profissionais da amostra, observa-se na Tabela 6.2 apresentada a seguir, a prevalência de profissionais com período após o término da graduação igual ou inferior a 5 anos (29,3%), desenvolvendo seu trabalho em organização hospitalar pública (75,6%), com vínculo empregatício de funcionalismo público (70,7%), trabalhando de 41 a 60 horas semanais (48,8%), e com titulação de especialista (56,1%).

Tabela 6.2 Distribuição percentual do período após o término da graduação, organização em que trabalha, característica do vínculo empregatício, horas de trabalho semanais e titulação da amostra pesquisada (n= 41)

Variáveis		Ocorrência	%
Período após o término da graduação	1 a 5 anos	12	29,3
	6 a 10 anos	2	4,9
	11 a 15 anos	10	24,4
	16 a 20 anos	7	17,1
	21 a 25 anos	3	7,3
	26 a 30 anos	6	14,6
	Acima de 30 anos	1	2,4
Total		41	100
Organização em que trabalha	Hospital público	31	75,6
	Hospital público e consultório particular	10	24,4
	Total	41	100
Característica do vínculo empregatício	Temporário	7	17,1
	Contratado Fundação	5	12,2
	Funcionário Público	29	70,7
	Total	41	100
Horas de trabalho semanais	20 – 40	7	17,1
	41 – 60	20	48,8
	61 – 80	11	26,8
	Acima de 80	3	7,3
	Total	41	100
Titulação	Graduação	5	12,2
	Especialização	23	56,1
	Mestrado	10	24,4
	Doutorado	3	7,3
	Total	41	100

6.1.3 Características pessoais da amostra

Com relação às variáveis pessoais a Tabela 6.3, apresenta a predominância de médicos que não estão com período de férias vencidos (46,3%) (tempo de férias \leq 3 meses). Observa-se que 73,2% da amostra desempenham atividades culturais no tempo livre e, com relação à prática de esportes, a tabela demonstra que 65,8% não pratica esporte. Do percentual da amostra que pratica esporte (34,2%), observa-se o predomínio

de profissionais que praticam esportes individuais, como ginástica e/ou musculação (24,4%). Dos sujeitos da amostra, 95,1% acreditam que a vida profissional interfere na vida pessoal. Entretanto, mesmo com a consciência de que há interferência na vida pessoal, 53,7% da amostra não pensam em mudar de profissão, mas 46,3% cogitam essa possibilidade.

Tabela 6.3 Distribuição percentual do tempo das últimas férias, atividade no tempo livre, frequência e tipo de atividade física e/ou esportiva, interferência da profissão na vida pessoal e possibilidade de mudar de profissão da amostra pesquisada (n= 41)

Variáveis		Ocorrência	%
Período de tempo desde as últimas férias	0 a 3 meses	19	46,3
	4 a 7 meses	14	34,2
	8 a 11 meses	4	9,8
	12 a 15 meses	3	7,3
	> 15 meses	1	2,4
	Total	41	100
Atividade no tempo livre	Cultural	30	73,2
	Esportiva	8	19,5
	Outra	3	7,3
	Total	41	100
Prática de atividade física e/ou esportiva	Sim	14	34,2
	Não	27	65,8
	Total	41	100
Tipo de atividade que pratica	Corrida /Caminhada	2	4,9
	Tênis	2	4,9
	Ginástica/ musculação	10	24,4
	Total	14	34,2
Frequência com que pratica	Regular	12	29,3
	Irregular	2	4,9
	Total	14	34,2
Interferência da profissão na vida pessoal	Sim	39	95,1
	Não	2	4,9
	Total	41	100
Possibilidade de mudar de profissão	Sim	19	46,3
	Não	22	53,7
	Total	41	100

Com relação às informações apresentadas e considerando a literatura revisada é possível ponderar que na amostra pesquisada a variável, período de tempo desde as últimas férias, não é um fator desencadeante da dimensão EE no desenvolvimento do *burnout*, na medida em que a amostra apresenta como tendência, profissionais que não estão com o período de férias vencidas.

6.2 Apresentação e descrição dos resultados do MBI em suas dimensões – EE, DE e RP

Os resultados do MBI, em suas dimensões EE, DE e RP permitem a identificação da incidência de *burnout* nos sujeitos pesquisados utilizando como princípio a obtenção de classificação alta para as dimensões EE e DE e baixa para a dimensão RP. Cabe salientar, no entanto, que não existe um consenso entre os pesquisadores do fenômeno com relação aos valores apresentados nas dimensões e a incidência de *burnout*, nem em relação à ordem de aparecimento dos sintomas. Este trabalho considera as divergências conceituais e utiliza como referência de valores os resultados dos estudos desenvolvidos pelo NEPASB (Núcleo de Estudos Avançados sobre a Síndrome de *Burnout*), apresentados no Quadro 2, onde é constatado o nível de *burnout* entre médicos do município de Maringá.

Quadro 2. Valores da escala do MBI desenvolvidos pelo NEPASB

Dimensões			Pontos de corte
EE	DE	RP	
26	9	43	Alto
16 a 25	3 a 8	34 a 42	Médio
15	2	33	Baixo

Legenda: EE= Exaustão Emocional; DE= Despersonalização; RP= Realização Profissional
(Fonte: BENEVIDES-PEREIRA, 2002:77)

Os resultados observados no Quadro 2 nas dimensões EE, DE e RP permitem uma análise dos dados obtidos na amostra pesquisada e apresentados na tabela 6.4.

Tabela 6.4 Resultados obtidos nas dimensões Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE) e Realização Profissional (RP) na amostra pesquisada (n= 41)

SUJEITOS		DIMENSÕES			DIAGNÓSTICO BURNOUT		
Número	Sexo	EE	DE	RP	Mb	AR	BR
1	F	34	16	34		x	
2	F	34	7	33	x		
3	F	34	12	38		x	
4	F	52	9	26	x		
5	F	42	19	27	x		
6	F	45	10	25	x		
7	F	25	7	40		x	
8	M	35	6	41		x	
9	F	26	4	42		x	
10	M	25	3	39		x	
11	F	37	3	41		x	
12	F	37	6	41		x	
13	F	37	10	41		x	
14	M	31	4	37		x	
15	F	36	13	28	x		
16	F	37	2	45			x
17	F	34	14	15	x		
18	M	39	13	27	x		
19	F	38	19	28	x		
20	F	31	11	31	x		
21	F	32	12	26	x		
22	F	38	17	24	x		
23	F	33	11	32	x		
24	F	31	12	33	x		
25	M	8	3	46			x
26	M	41	8	34		x	
27	F	39	15	27	x		
28	F	36	9	26	x		
29	M	37	18	23	x		
30	F	13	9	42		x	
31	M	37	15	42		x	
32	F	28	7	47			x
33	F	23	9	40		x	
34	F	20	4	40		x	
35	F	26	9	26	x		
36	M	29	23	31	x		
37	M	51	9	26	x		
38	F	32	19	27	x		
39	F	31	12	33	x		
40	F	34	12	38		x	
41	F	27	9	32	x		
Total (%)					22 (53,7%)	16 (39,0%)	3 (7,3%)
Masculino					4 (9,8%)	5 (12,2%)	1 (2,4%)
Feminino					18 (43,9%)	11 (26,8%)	2 (4,9%)

F= feminino; M= Masculino; Mb= Manifestação de burnout; AR = Alto risco para manifestação de burnout; BR = Baixo risco para manifestação de burnout

Na Tabela 6.4, destaca-se a incidência de *burnout* em 22 sujeitos que participaram da pesquisa (53,7%), sendo que a síndrome manifesta-se em 18 profissionais do sexo feminino (43,9%) e em 4 do sexo masculino (9,8%). Este diagnóstico baseia-se na classificação alta para EE e DE e baixa para RP. Na análise, foram considerados os resultados obtidos acima de 26 pontos em EE, resultados superiores a 9 pontos em DE e inferiores a 43 pontos em RP, segundo as referências NEPASB. Como exemplo, pode-se notar os resultados do S4, com 52 pontos para EE, 9 pontos para DE e 26 pontos para RP, o que evidencia incidência de *burnout*. Destacam-se os resultados desse sujeito, pois a pontuação 52, na dimensão exaustão emocional, foi a maior observada. A realização profissional para o mesmo sujeito encontra-se com um dos menores resultados (26 pontos) e a dimensão despersonalização com classificação alta (9 pontos).

Os dados da Tabela 6.4 permitem observar que 39,0% da amostra pesquisada possui a classificação média para desenvolver a síndrome de *burnout*, sendo 26,8% profissionais do sexo feminino e 12,2% do masculino. Este aspecto é relevante, na medida em que demonstra a possibilidade de aumento no percentual de sujeitos com incidência da síndrome, pois há a identificação de sujeitos com pontuações próximas ao limite considerado alto, como é possível verificar nos S2 e S26, que apresentam pontuação 33 e 34, respectivamente, em realização profissional, sendo considerado como limite para baixa realização profissional a pontuação 33, e nas dimensões EE, os valores 34 e 41, respectivamente, denotam alto grau de exaustão emocional. A dimensão DE, apresenta os valores 7 para o S2, e 8 para o S26, pontuações consideradas no limite para a classificação alta, o que caracterizaria incidência de *burnout*, em função de classificação de valores alto para EE e DE e pontuações baixa para RP.

A classificação baixa para risco em *burnout* foi observada em dois profissionais do sexo feminino (4,9%) e um do masculino (2,4%). Cabe ressaltar que dos três profissionais (7,3%) que apresentam risco baixo para *burnout*, dois desenvolvem pós-graduação, motivo este que lhes permitiu licença para afastamento das atividades desenvolvidas na organização. Os resultados obtidos nas dimensões que compõem a síndrome EE, DE e RP, são apresentados, a seguir, nas Tabelas 6.5, 6.6 e 6.7, com o objetivo de revelar a distribuição da ocorrência de respostas dadas por alternativa.

6.2.1 Exaustão emocional

A Tabela 6.5, apresentada a seguir, mostra a distribuição da ocorrência de respostas dadas por alternativa na dimensão exaustão emocional.

Tabela 6.5. Distribuição da ocorrência das pontuações obtidas nas questões do MBI que aferem EE na amostra pesquisada (n= 41)

Questões EE	Respostas															
	Nunca		Uma vez / ano		Uma vez / mês		Algumas vezes / mês		Uma vez / semana		Algumas vezes / semana		Todos os dias		Total de respostas	
	0		1		2		3		4		5		6			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Q1	0	0,0	3	7,3	1	2,4	6	14,6	7	17,1	11	26,8	13	31,8	41	100
Q2	0	0,0	0	0,0	2	4,9	2	4,9	6	14,6	21	51,2	10	24,4	41	100
Q3	2	4,9	1	2,4	2	4,9	11	26,8	4	9,8	14	34,1	7	17,1	41	100
Q6	6	14,6	5	12,2	2	4,9	9	22,0	7	17,1	6	14,6	6	14,6	41	100
Q8	0	0,0	3	7,3	4	9,8	5	12,2	6	14,6	18	43,9	5	12,2	41	100
Q13	5	12,2	8	19,5	6	14,6	10	24,5	6	14,6	3	7,3	3	7,3	41	100
Q14	2	4,9	2	4,9	5	12,2	5	12,2	4	9,8	9	22,0	14	34,1	41	100
Q16	5	12,2	6	14,6	1	2,4	6	14,6	14	34,1	6	14,6	3	7,3	41	100
Q20	11	26,8	4	9,8	8	19,5	6	14,6	5	12,2	5	12,2	2	4,9	41	100

EE = Exaustão Emocional; Q= Questão

Conforme os dados da Tabela 6.5, que se refere à questão número 1 do MBI (“*Sinto-me esgotado/a emocionalmente por meu trabalho*”), demonstram que 13 dentre os 41 profissionais (31,8%) sentem-se assim todos os dias e 11 profissionais (26,8%), referem sentir o esgotamento algumas vezes por semana. Observa-se que os dados da questão número 2 (“*Sinto-me cansado/a ao final de um dia de trabalho*”) complementam o sentimento de exaustão, pois 21 profissionais (51,2%) da amostra afirmam o sentimento de cansaço algumas vezes por semana. A questão 3 (“*Quando me levanto pela manhã e vou enfrentar outra jornada de trabalho sinto-me cansado/a*”) comprova que 14 profissionais (34,1%) experimentam esse cansaço algumas vezes por semana e 11 (26,8%) algumas vezes por mês. Pode-se notar que estes dados são

confirmados pelos resultados da questão 8 (*“Meu trabalho me deixa exausto/a”*), pois 18 profissionais (43,9%) responderam que o trabalho os deixa cansados algumas vezes por semana, assim como pelos dados da questão 14 (*“Sinto que estou trabalhando em demasia”*), situação percebida todos os dias por 14 profissionais (34,1%) que participaram da pesquisa.

Com relação ao sentimento de frustração no trabalho, os resultados da questão 13 (*“Sinto-me frustrado/a em meu trabalho”*) revelam uma distribuição homogênea, ressaltando 10 profissionais (24,5%) que sentem frustração no trabalho algumas vezes ao mês, o que pode denotar que os profissionais da amostra pesquisada sentem exaustão física e emocional, o que, necessariamente, não desencadeia o sentimento de frustração com o trabalho. Esse dado é ressaltado na questão 6 (*“Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço”*), pois 9 médicos (22,0%) afirmam que algumas vezes ao mês sentem-se exaustos. Entretanto, 14 sujeitos (34,1%) responderam que uma vez na semana sentem que *“trabalhar diretamente com pessoas causa estresse”* (questão 16). Dos profissionais que participaram da pesquisa, 11 (26,8%) não sentem que atingiram o limite de suas possibilidades, e este dado é comprovado com os resultados obtidos na questão 20 (*“Sinto que atingi o limite de minhas possibilidades”*).

Para Tamayo e Tróccoli (2002), a **EE** é a dimensão aceita com facilidade pelo profissional e expressa aspectos consistentes do *burnout*. Este dado pode ser confirmado pelos resultados dessa pesquisa e as informações orais relatadas durante a aplicação do protocolo pelo S5 e S6 auxiliam na compreensão da dimensão exaustão emocional identificada na amostra:

S5: *“Desanimei ... não agüento mais. Chega! Sexta passada foi a última gota d’água. O volume de atendimentos não é compatível com a possibilidade real de tempo. Pra mim chega! Está tudo dando errado na minha vida; acho que estou com depressão. Estou com uma prescrição de um anti depressivo, mas não sei se vou tomá-lo.”*

S6: *“Não consegui terminar de ler a primeira pergunta do questionário, pois é bem isto que estou sentindo. Não consigo precisar se hoje trabalhar está mais difícil ou se sou eu mesma. Estou tão exausta! Tão perdida! Ontem fui dormir às três horas da manhã, com meu filho doente e as cinco da manhã o hospital chamou para atender um caso urgente. Perguntei se era urgente mesmo, pois às vezes eles chamam por qualquer coisa. Disseram que poderia esperar até as*

seis horas. Às cinco e quinze da manhã voltaram a chamar que o paciente de cinco meses havia parado. Saí voando e quando cheguei a criança estava grave. Fiz os procedimentos necessários até que a criança respondeu, já eram sete horas e dez minutos. Iniciei as atividades do dia e às treze horas me dei conta que não havia tomado café. Sentia fome, vontade de ir ao banheiro, mas não havia como ... Não agüento mais ... Estou exausta. Sinto vontade de chorar quando penso que amanhã vai começar tudo de novo. Parece que dormir não me descansa mais

Maslach e Leiter (1999) confirmam que, ao sentirem-se exaustos, os profissionais relatam um sentimento de sobrecarga física e emocional acompanhada de dificuldade para relaxar referindo um estado de fadiga diário. Schaufelli e Buunk (2003) complementam que, quando exaustos, os recursos internos dos profissionais para enfrentar as situações vivenciadas no trabalho, assim como a energia para desempenhar as atividades, encontram-se reduzidos. Para Gil-Monte (2002), a classificação alta em EE reflete a incidência da síndrome. O autor acredita que a síndrome se inicia por essa dimensão que, posteriormente, causa a despersonalização, como uma defesa para amenizar a exaustão ou o esgotamento emocional, levando ao sentimento de baixa realização pessoal no trabalho e ao baixo envolvimento pessoal, aspecto que foi considerado por Maslach e Leiter (1999). Para Rossi (2003), o profissional que sofre de *burnout* apresenta exaustão física e mental, sente-se sem recursos para dar continuidade aos seus projetos, relata forte cansaço, desencadeando problemas emocionais e de relacionamento na vida pessoal e profissional.

Torna-se pouco provável não haver desgaste do profissional, se esse infringe seus limites físicos e emocionais. O relato do S6 exemplifica a sobrecarga de atividades e destaca-se ainda que o trabalho do pediatra o coloca em contato contínuo com o sofrimento e a morte de crianças, o que caracteriza sobrecarga qualitativa e que tem sido referido na literatura como uma das principais causas do *burnout* em profissionais de saúde. Talvez a hipótese de que ocorra uma inter-relação entre os sentimentos de onipotência e impotência na dinâmica afetiva dos profissionais deva ser considerada para a compreensão do fenômeno *burnout* apresentado pela população nessa pesquisa e, conforme Schaufeli e Buunk (2003), a exaustão emocional respalda-se na redução dos recursos internos causados por demandas interpessoais.

6.2.2 Despersonalização

A Tabela 6.6 a seguir, apresenta a distribuição da ocorrência de respostas dadas por alternativa que aferem a dimensão **DE**.

Tabela 6.6 Distribuição das pontuações obtidas nas respostas do MBI que aferem **DE** na amostra pesquisada (n= 41)

Questões DE	Respostas															
	Nunca		Uma vez / ano		Uma vez / mês		Algumas vezes / mês		Uma vez / semana		Algumas vezes / semana		Todos os dias		Total de respostas	
	0		1		2		3		4		5		6			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Q5	19	46,3	6	14,6	7	17,1	4	9,8	0	0,0	4	9,8	1	2,4	41	100
Q10	16	39,1	2	4,9	11	26,8	6	14,6	0	0,0	5	12,2	1	2,4	41	100
Q11	19	46,3	2	4,9	4	9,8	7	17,1	0	0,0	6	14,6	3	7,3	41	100
Q15	24	58,5	4	9,8	5	12,2	6	14,6	0	0,0	2	4,9	0	0,0	41	100
Q22	8	19,5	11	26,8	8	19,5	7	17,1	3	7,3	4	9,8	0	0,0	41	100

DE= Despersonalização; Q= Questão

Os resultados das respostas na questão 10 (“Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho”) evidenciam que os profissionais da amostra, que apresentaram alta classificação em **DE**, percebem que o trabalho possibilitou torná-los mais insensíveis com as pessoas. Esse dado é relevante na medida em que 11 profissionais (26,8%) dentre os 41 da amostra, responderam que uma vez ao mês têm sentido essa insensibilidade no trato com seus pacientes. Para Maslach e Leiter (1999), a despersonalização é um recurso utilizado pelo profissional para enfrentar a exaustão emocional e física por ele vivenciada. O relato do S40 obtido por meio de informações orais durante a aplicação do protocolo destacam esse dado:

S40: “Me preocupo cada dia mais com o ambiente onde trabalho: baixaram quatro crianças de seis a oito anos com diagnóstico de leucemia e a equipe lida com essas baixas como se fossem uma virose simples. Estamos insensíveis. Já acompanhei nossas negações da doença de perto, mas agora é diferente. As pessoas estão com atitudes distantes ... com relação aos pacientes ... aos colegas ... tudo! No dia do jogo do Brasil, as prescrições foram feitas até às oito horas para dar tempo de ver o jogo. E eu estou nessa distância, estamos trabalhando mal, parece que desacreditamos de tudo ...”

Em relação a “*tratar alguns pacientes como se fossem objetos impessoais*” (questão 5) os resultados demonstram que 19 sujeitos pesquisados (46,3%) afirmam nunca (valor zero da escala) terem tratado os pacientes como objetos impessoais e 1 sujeito (2,4%) afirma que todos os dias tem tratado os pacientes como objetos impessoais. O resultado obtido, de 46,3% da amostra assinalar o valor zero da escala como resposta à questão, pode evidenciar, segundo Tamayo e Tróccoli (2002), a interferência da desajustabilidade social nas respostas dadas pelos sujeitos aos itens que desafiam diretamente a imagem profissional de quem trabalha com pessoas. A utilização do valor zero da escala para responder à pergunta pode ser também observado na questão 11 (“*Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente*”), que apresenta resultados que revelam 19 sujeitos (46,3%) respondendo que nunca sentem-se preocupados com o fato do trabalho estar endurecendo-os emocionalmente e na questão 15 (“*Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns pacientes que atendo*”), item com 58,5% da amostra pesquisada, 24 profissionais, admitindo que não se preocupam realmente com o que ocorre com alguns pacientes que atendem.

Com relação à questão 22 (“*Sinto que os pacientes culpam-me por alguns de seus problemas*”), as respostas mostram que 8 sujeitos da pesquisa (19,5%) nunca sentem que os pacientes os culpam pelos seus problemas, 11 sujeitos (26,8%) têm esse sentimento na frequência de uma vez ao ano, 8 (19,5%) na frequência de uma vez ao mês, 7 profissionais pesquisados (17,1%) algumas vezes ao mês e 4 sujeitos (9,8%) sentem que os pacientes os culpam na frequência de algumas vezes na semana. Gil-Monte (2002) relata que, na Espanha, estão sendo desenvolvidas pesquisas com médicos para avaliar o nível de sentimento de culpa desencadeado quando apresentam a dimensão despersonalização e afirma que a presença do sentimento de culpa pode levar a uma diminuição da realização profissional.

6.2.3 Realização profissional

A Tabela 6.7, apresentada a seguir, mostra a distribuição da ocorrência de respostas dadas por alternativa na dimensão realização profissional.

Tabela 6.7 Distribuição das pontuações obtidas no MBI que aferem a dimensão **RP** na amostra pesquisada (n= 41)

Questões RP	Respostas														Total de respostas	
	Nunca		Uma vez / ano		Uma vez / mês		Algumas vezes / mês		Uma vez / semana		Algumas vezes / semana		Todos os dias			
	0		1		2		3		4		5		6			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Q4	1	2,4	0	0,0	0	0,0	1	2,4	8	19,5	8	19,5	23	56,1	41	100
Q7	0	0,0	1	2,4	1	2,4	8	19,5	2	4,9	12	29,3	17	41,5	41	100
Q9	0	0,0	1	2,4	4	9,8	5	12,2	2	4,9	18	43,9	11	26,8	41	100
Q12	3	7,3	5	12,2	7	17,1	12	29,3	4	9,8	6	14,6	4	9,8	41	100
Q17	0	0,0	3	7,3	4	9,8	8	19,5	3	7,3	10	24,4	13	31,7	41	100
Q18	0	0,0	0	0,0	5	12,2	7	17,1	6	14,6	13	31,7	10	24,4	41	100
Q19	0	0,0	2	4,9	8	19,5	15	36,5	5	12,2	7	17,1	4	9,8	41	100
Q21	3	7,3	2	4,9	10	24,4	6	14,6	3	7,3	9	22,0	8	19,5	41	100

RP= Realização profissional; Q= Questão

Os resultados da questão 19 (“Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão”), confirmam a descoberta de reduzida realização profissional em mais de um terço da amostra pesquisada, pois 15 sujeitos (36,5%) que participaram da pesquisa referem que têm atingido realizações na profissão na frequência de algumas vezes ao mês e somente 4 sujeitos (9,8%) que participaram da pesquisa referem não conseguir realizações na profissão na frequência diária. Pode ser destacado que sentimentos de inadequação e insatisfação estão presentes na população estudada, podendo ser amplificados se não atendidos. Maslach e Leiter (1999) revelam que o profissional, quando expressa sentimentos de ineficiência e crescente fracasso, perde a confiança na própria capacidade de desenvolver o seu trabalho e conseqüente reduzida realização profissional. Informações orais relatadas pelo S34 confirmam essa assertiva:

S34: “Estou exausta, sei lá, tão perdida que ontem pela manhã quando fui chamada para fazer um determinado procedimento em uma criança, me perdi por um momento sem saber o que era lado direito ou esquerdo. Quando me dei conta, fiz o procedimento errado. Informei aos pais ... Nunca tinha acontecido isso. Fiquei pensando na criança, nos pais, em quem solicitou, na confiança ... Fico sem saber o que fazer....”

Segundo Bandura (1989), citado por Tamayo e Tróccoli (2002), o modelo de desenvolvimento da síndrome de *burnout* confirma o conteúdo relatado pelo S34, pois o mesmo refere que os profissionais com percepção de baixa auto-eficácia experimentam um nível maior de estresse, o que pode fomentar sentimentos de fracasso por não alcançarem os objetivos e, conseqüentemente, o *burnout*. Os resultados da questão 21 (*“Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho”*) apresentam dados que complementam informações da amostra sobre os problemas emocionais vivenciados pelos médicos no desempenho de seu trabalho. Pode ser observada uma tendência maior de profissionais que sabem lidar de forma adequada com os problemas emocionais no trabalho na frequência mensal, ou seja, 10 profissionais (24,4%) pesquisados afirmam sentir que sabem tratar adequadamente os problemas emocionais nas situações de trabalho na frequência de uma vez ao mês.

A questão 12 (*“Sinto-me com muita vitalidade”*) mostra resultados que revelam que uma boa parte dos profissionais sentem vitalidade algumas vezes ao mês, dado confirmado por 12 sujeitos (29,3%). Cabe enfatizar que a vitalidade, mesmo não sendo observada diariamente, não interfere de forma negativa na forma que os médicos da amostra pesquisada interagem com seus pacientes e que 31,7% dos sujeitos, ou seja 13 médicos, sentem que *“trabalhar com pacientes em contato direto os estimulam e motivam”* (questão 18) algumas vezes por semana. Segundo Benevides-Pereira (2002) há indicação da presença de *burnout* em trabalhadores altamente motivados que reagem ao estresse laboral trabalhando ainda mais, desenvolvendo sinais de exaustão.

Os dados evidenciam que todos os dias 17 sujeitos pesquisados (41,5%) *“lidam de forma eficaz com os problemas de seus pacientes”* (questão 7) e 13 profissionais (31,7%) responderam sentir que todos os dias *“podem criar facilmente uma atmosfera relaxada para os clientes de seu serviço”* (questão 17). De acordo com os resultados obtidos, 56,1% da amostra, ou seja, 23 médicos, *“sentem que podem entender com facilidade o que sentem os seus pacientes”* (questão 4). É possível observar que dos 41 médicos que participaram da pesquisa, 18 (43,9%) sentem que *“influenciam positivamente a vida de outros através de seu trabalho”* (questão 9) algumas vezes por semana. Na questão 17 (*“Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para os pacientes”*), 13 sujeitos pesquisados (31,7%) acreditam que todos os dias podem criar

esta atmosfera. Esses resultados parecem demonstrar uma tendência dos médicos pesquisados em desenvolver uma atmosfera positiva e relaxada para os pacientes que atendem, fato este que pode desencadear um desgaste físico e emocional por parte do médico, na medida em que não permite transparecer para seu paciente as dificuldades presentes no desenvolvimento de seu trabalho na organização hospitalar na qual está inserido.

6.3 Síntese dos resultados do MBI

A Tabela 6.8 a seguir, apresenta os resultados referentes às dimensões EE, DE e RP. Com relação à dimensão **EE**, houve predomínio da classificação alta (82,9%). No que se refere às dimensões **DE**, 63,4% da amostra pesquisada apresentou classificação alta e com relação a dimensão **RP** houve o predomínio da classificação baixa (53,7%).

Tabela 6.8. Distribuição percentual das dimensões exaustão emocional, despersonalização e realização profissional, segundo o MBI, na amostra pesquisada (n= 41)

Dimensão	Alta		Média		Baixa		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
EE	34	82,9	4	9,8	3	7,3	41	100
DE	26	63,4	14	34,1	1	2,5	41	100
RP	3	7,3	16	39,0	22	53,7	41	100

O predomínio da ocorrência de classificação alta da dimensão **EE (82,9%)**, classificação alta na dimensão **DE (63,4%)** e classificação baixa na dimensão **RP (53,7%)** indicam que há incidência de *burnout* na população pesquisada. O fato da dimensão **DE** apresentar prevalência de grau alto é relevante, pois a dimensão **DE** é uma forma de defesa ao elevado nível de **EE**, e por caracterizar atitude de cinismo, irritação e sentimentos negativos para com os clientes, essa dimensão não é aceita com facilidade por profissionais que exercem a Medicina, pois os princípios éticos que regem a profissão desconsideram tais atitudes e comportamentos de desrespeito ao ser

humano. Segundo Tamayo e Tróccoli (2002), a dimensão despersonalização tem apresentado baixo índice tanto nas versões brasileiras do MBI quanto na literatura em geral, dado que não foi confirmado na amostra pesquisada.

6.4 Apresentação e descrição das variáveis sócio-demográficas

Observa-se na Figura 6.1, a prevalência de profissionais do sexo feminino sobre o sexo masculino. Benevides-Pereira (2002) e Gil-Monte (2002) afirmam que a variável gênero não está associada ao *burnout*, mas poderia ser facilitador ou inibidor da ação dos agentes estressores.

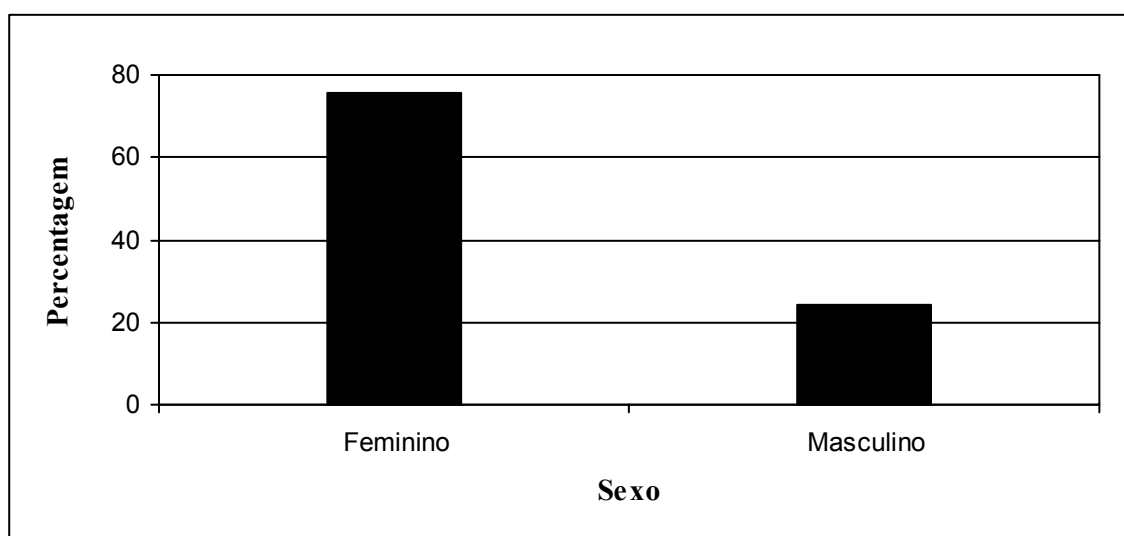


Figura 6.1 Distribuição percentual por sexo na amostra pesquisada

Benevides-Pereira (2002) destaca que as mulheres têm apresentado pontuações mais elevadas em EE. De acordo com a tabela 6.9, dados desta pesquisa comprovam a afirmação. Observa-se que a dimensão exaustão emocional aferida pelo MBI apresentou predominância da classificação alta (87%) para sujeitos do sexo feminino, seguida do

sexo masculino (70%). Segundo a autora, a elevação da EE no sexo feminino poderia ocorrer pela dupla jornada de trabalho: a profissional e a do lar, papéis exercidos pela mulher.

Tabela 6.9 Distribuição percentual da dimensão exaustão emocional, segundo o MBI na amostra pesquisada (n= 41)

Exaustão emocional (EE)	Ocorrência por sexo (%)	
	Masculino	Feminino
Alta	70,0	87,0
Média	10,0	9,7
Baixa	20,0	3,3
Total	100	100

No papel de pediatra, o profissional trabalha com o paciente indireto (a família) e assiste diretamente a criança. Benevides-Pereira (2002:61) esclarece que “*o contato com o sofrimento e a morte, principalmente de crianças, tem sido referido como uma das principais causas do burnout em profissionais de saúde*”. Informações orais obtidas durante a aplicação do protocolo, confirmam essa afirmação, pois algumas pediatras relataram que em determinados momentos percebem uma identificação do caso da criança atendida com o(s) filho(s) que se encontra em casa sob os cuidados de uma babá ou de professores de pré-escola. O sentimento de culpa por não ter tempo para os cuidados maternos são intensificados quando o sofrimento e a morte de crianças explicitam a impotência do médico em solucionar determinados casos.

S15: “*quando existe um caso grave internado, rezo para que a criança não morra no meu plantão, pois sei que não posso fazer nada, não tenho recursos para solucionar, a medicina não oferece opções e fico imaginando se aquela criança fosse meu filho*”.

Segundo Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), o fato de ter ou não filhos, assim como o número desses, são variáveis controvertidas no que se refere a facilitar ou inibir a ação dos agentes estressores. Entretanto, Vega e Urdaniz (1997), citados por Benevides-Pereira (2002), confirmam que o fato de ter filhos equilibra o profissional, possibilitando melhores estratégias de enfrentamento das situações conflitivas e dos agentes estressores ocupacionais, mas em estudos entre médicos, esses autores não encontraram diferenças significativas. Entretanto, apresentam o fato de terem filhos como fator facilitador de situações conflitivas.

A prevalência dos profissionais que participaram desta pesquisa que possuem companheiro fixo (82,9%), dado apresentado na Tabela 6.1, não confirma dados obtidos em outras pesquisas que apontam indivíduos solteiros como mais predispostos à síndrome. Geralmente é atribuído ao casamento, ou ao fato de ter um companheiro estável, menor propensão ao *burnout* (MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001), porém, a qualidade do relacionamento estável é uma variável que necessita ser investigada.

Com relação à idade, Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) e Garrosa-Hernández *et al.* (2002) observaram maior incidência de *burnout* em todas as categorias profissionais com idade inferior a 30 anos, atribuindo à pouca experiência o fator que desencadearia insegurança. Os resultados desta pesquisa com relação à faixa etária, não confirmam dados obtidos por esses autores, pois é observada na amostra que a faixa etária predominante é de 30 a 39 anos. Essa etapa traduz geralmente um momento de maior busca de estabilidade profissional, fator que pode ser facilitador para o desenvolvimento da síndrome. Ao mesmo tempo, nessa faixa etária os profissionais pesquisados possuem filhos em idade de maior dependência e solicitação dos pais, que necessitam da presença e do cuidado direto dos mesmos ou de auxiliares que desempenhem esse papel, o que pode acarretar preocupações com relação a delegar o cuidado dos filhos. A melhor visualização dessa distribuição é apresentada na Figura 6.2.

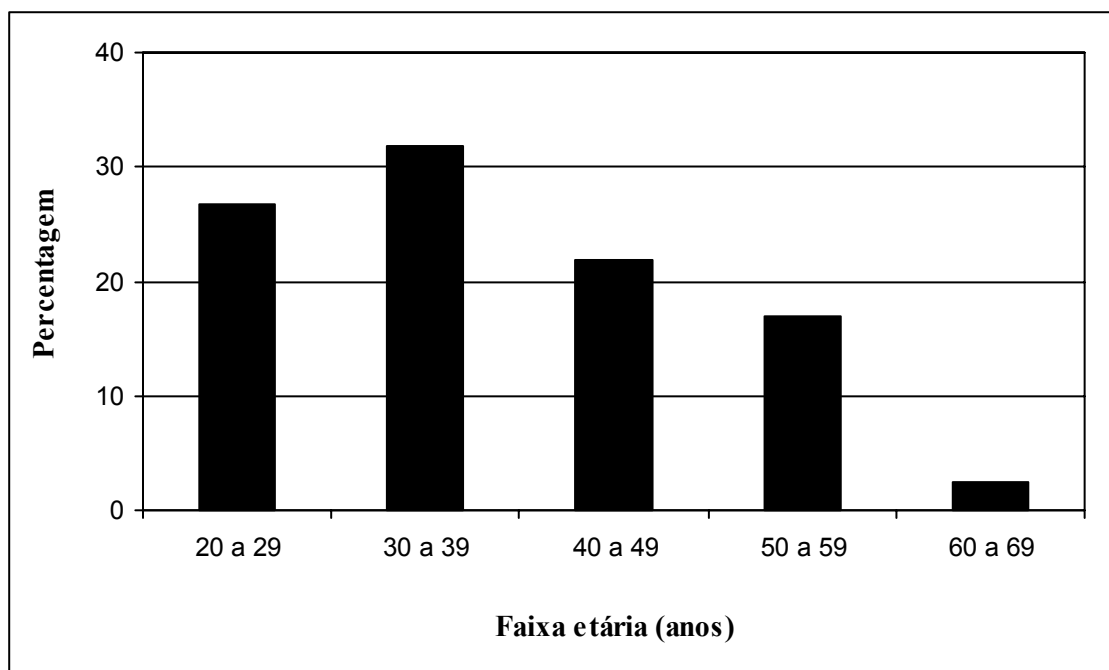


Figura 6.2 Distribuição percentual por faixa etária na amostra pesquisada

Em síntese, constata-se que a variável sexo confirma estudos realizados por Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) que destacam, de um modo geral, as mulheres como sujeitos de pesquisa que têm apresentado pontuações mais elevadas em exaustão emocional (EE). Dessa forma, pode-se hipotetizar que exista a possibilidade de interferência entre as características da profissão e a variável sexo, uma vez que profissões como policiais e bombeiros são predominantemente masculinas e, outras, como a docência, enfermagem e pediatras são femininas conforme relato do S35: *“Acabamos escolhendo a pediatria, pois nosso lado materno favorece a identificação com a assistência a criança”*. As variáveis estado civil, idade e constituição familiar não confirmam os estudos já realizados por Benevides-Pereira (2002) e Gil-Monte (2002), pois, na população avaliada, predominaram pessoas com idade superior a 30 anos, com companheiro fixo e com filhos, e manifestaram a síndrome de *burnout*.

6.4.1 Apresentação e descrição dos dados profissionais

Com relação aos dados profissionais, especificamente o tempo de término da graduação (Figura 6.3), os resultados revelam maiores percentuais para os sujeitos que possuem tempo de término de graduação igual ou inferior a 5 anos de formatura (29,3%), seguido de 24,4% com tempo de término da graduação no período de 11 a 15 anos.

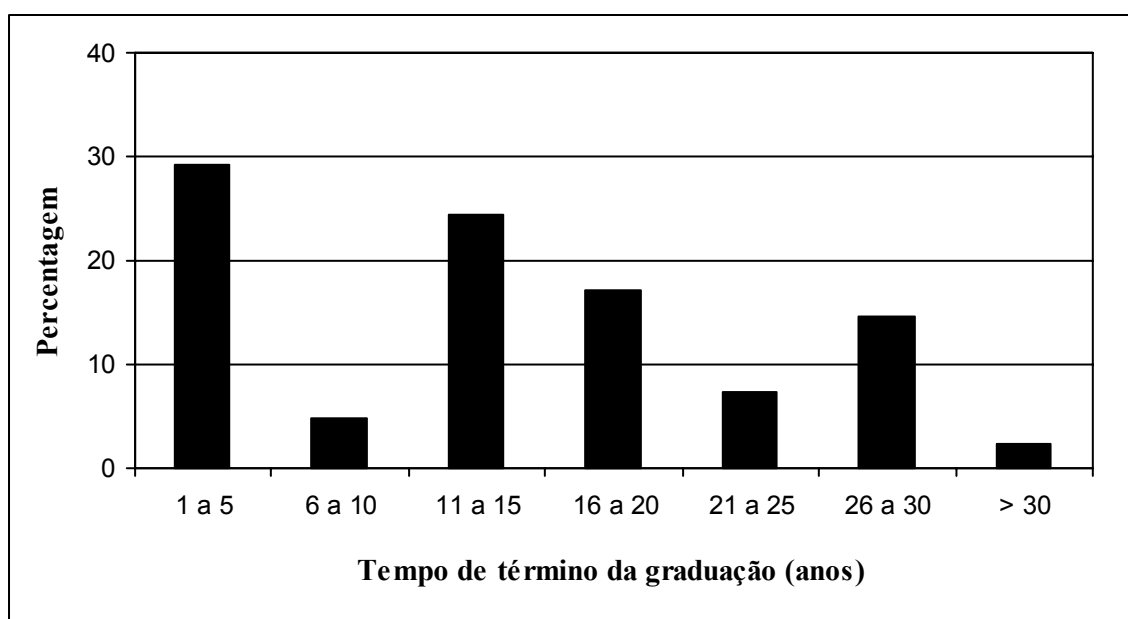


Figura 6.3 Distribuição percentual de tempo após término da graduação

Segundo Oubiña (1995) e Schaufeli (1999), citados por Benevides-Pereira (2002), há maior incidência de *burnout* em profissionais que ingressam no mercado de trabalho, ou seja, profissionais com tempo após o término da graduação no período de 1 a 5 anos, provavelmente devido à pouca experiência na profissão e/ou na organização. Conforme dados apresentados na Tabela 6.10, 12 sujeitos, dos 41 pediatras pesquisados, encontram-se com tempo após o término da graduação no período de 1 a 5 anos, sendo que em 50% destes, as respostas ao MBI evidenciaram classificação alta para *burnout*. Nesta fase inicial da vida profissional, os médicos podem ser identificados como residentes. De acordo com a Associação Brasileira de Escolas de Medicina (ABEM), a

residência médica é considerada uma forma de ensino de pós-graduação em que o recém-formado deve aperfeiçoar-se no exercício da profissão, trabalhando em regime de dedicação exclusiva, em hospitais universitários ou não, sob a orientação de professores ou de outros médicos de competência reconhecida e de experiência amadurecida. Segundo Gusmão (2003), o médico residente tem uma dualidade de função, ser estudante e trabalhador. Para Benevides-Pereira (2002), os residentes têm sido identificados como os que mais freqüentemente abusam dos que dependem deles, como a equipe de enfermagem e demais estudantes. A autora acrescenta que em pesquisa realizada com alunos do primeiro ao sexto ano do curso de medicina, ela encontrou índices elevados em pelo menos duas das três dimensões do MBI. Esses resultados, assim como os resultados obtidos na pesquisa com pediatras é um sinal de alerta, pois evidencia um processo de *burnout* instalado em 50% dos profissionais recém-formados e um processo de *burnout* em curso para cerca de 50% dos participantes da amostra que possuem tempo de término de graduação no período de 1 a 5 anos e que apresentam classificação média para *burnout*.

Codo (1999) salienta um incremento gradativo do *burnout* com o passar dos anos na função docente, atingindo os valores mais elevados entre profissionais com tempo após término da graduação entre 11 e 15 anos. Resultados dessa pesquisa, realizada com médicos e apresentados na Tabela 6.10, confirmam o dado de que há um incremento gradativo do *burnout* entre profissionais com tempo após o término da graduação entre 11 e 15 anos, pois de 10 sujeitos que participaram da pesquisa e estão com tempo de término da graduação entre 11 e 15 anos, 8 apresentaram classificação alta para *burnout* (80,0%).

Cabe ressaltar que resultados desta pesquisa evidenciam que no período de 21 a 25 anos e acima de 30 anos, após o término da graduação, os pediatras pesquisados não apresentaram classificação alta para *burnout*. Esses dados sugerem que os médicos que participaram dessa pesquisa e apresentaram classificação média e baixa para *burnout* possuem maturidade profissional que adquiriram através de suas experiências vividas no âmbito pessoal e profissional, o que os tornaria menos predispostos a *burnout*. Provavelmente têm mais domínio sobre as situações que se apresentam no cotidiano clínico, tendo desenvolvido recursos de enfrentamento diante de situações específicas

da profissão, como sobrecarga de horas de trabalho, urgência de prazos para atendimentos, problemas enfrentados ao trabalhar em uma organização pública que, segundo citações orais dos sujeitos pesquisados, encontra-se “sucateada”, ou seja, equipamentos ineficazes, com defeito ou inexistentes. Destaca-se também no relato do S30 que o desafio de desenvolver procedimentos de risco em cirurgias realizadas, é um fator que impulsiona o profissional, quando este desafio é acompanhado da alegria de ter equipamentos disponíveis.

S30: “Já não estou conseguindo mais trabalhar; até hoje venho conseguindo de um jeito ou de outro seguir em frente, mas agora está diferente. Nunca me senti tão mal assim e com tanta vontade de mudar de profissão. Atualmente tenho o desafio de desenvolver procedimentos de risco, mas não tenho mais alegria, pois sei que não terei disponível os equipamentos que necessito – estão quebrados. Percebo que a alegria não acompanha mais o desenvolvimento do desafio, mas tenho maturidade para entender que isto pode mudar com a mudança da gestão ou outro fator maior”.

Tabela 6.10 Distribuição da ocorrência da classificação alta, média e baixa para *burnout* e período após término da graduação na amostra pesquisada (n= 41)

Período após término da graduação	Classificação para <i>burnout</i>						Total	
	Alta		Média		Baixa			
	n	%	n	%	n	%	n	%
1 a 5 anos	6	50,0	6	50,0	0	0,0	12	100
6 a 10 anos	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	100
11 a 15 anos	8	80,0	1	10,0	1	10,0	10	100
16 a 20 anos	4	57,2	3	42,8	0	0,0	7	100
21 a 25 anos	0	0,0	2	66,7	1	33,3	3	100
26 a 30 anos	3	50,0	3	50,0	0	0,0	6	100
Mais de 30 anos	0	0,0	0	0,0	1	100	1	100

Com relação à organização onde os sujeitos pesquisados desenvolvem seu trabalho, pode ser observado na Figura 6.4 que 75,6% da amostra desenvolve suas atividades laborais somente em hospital público.

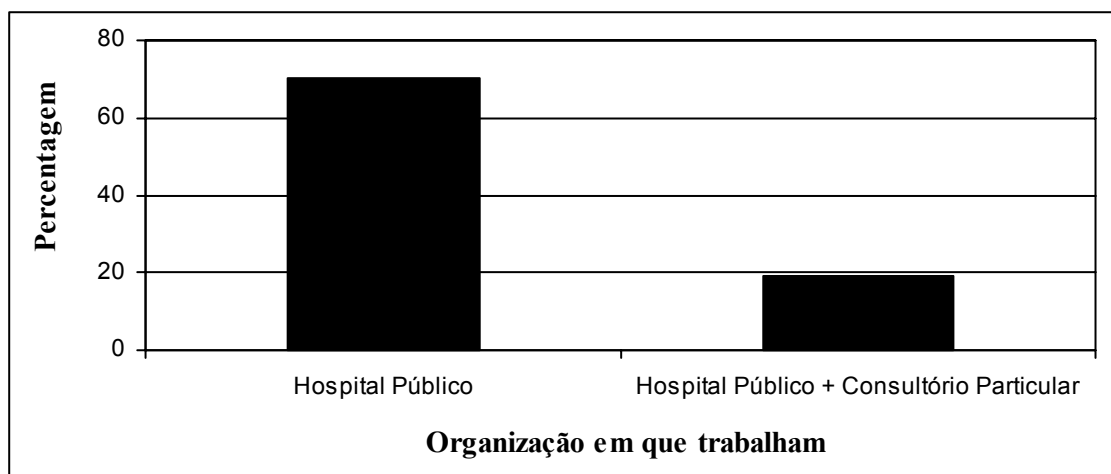


Figura 6.4 Distribuição percentual por organização em que os profissionais da amostra trabalham

Na organização hospitalar pesquisada, há predominância de médicos que realizaram a prova de especialidade conferindo aos mesmos o título de pediatras (56,1%), seguido de profissionais com mestrado (24,4%) e doutorado (7,3%). O fato das pessoas pertencerem a categorias ou grupos profissionais especializados, direcionados para determinados tipos de atividades, no caso específico, a pediatria, define a identidade do médico naquele grupo de trabalho do hospital geral, a organização de saúde pública pesquisada. Segundo Schraiber (1993), a partir de 1930, verifica-se que, no decorrer do curso de Medicina, o médico já opta por uma especialidade, o que lhe confere uma identidade profissional. Assim, a profissão médica e a especialidade escolhida identificam o profissional dentro de seu ambiente de trabalho. No que se refere ao vínculo que esses profissionais possuem com a organização de saúde, Farias e Vaitsman (2002) referem que esse vínculo implica uma identidade coletiva e esclarecem que um dos elementos que a define é o fato das atividades dos membros da organização estarem voltadas para o enfrentamento de fenômenos de vida e morte, isto é, para a produção de bens e/ou serviços que promovam o bem-estar mental, físico e social de seus usuários/clientes.

A promoção do bem estar confere reconhecimento aos que dominam o saber sobre a doença. Para Benevides-Pereira (2002), aqueles que dominavam o saber sobre a doença eram e, ainda são, para muitos, endeusados. Esse respeito não só constitui em

poder e *status* social como também atribui responsabilidades que podem vir a se tornar uma carga extra ao profissional da Medicina que, agregada a outras características, predispõe ao desenvolvimento do *burnout*. A autora salienta que, atualmente, a Medicina não possui o mesmo *status* social e remuneração diferenciada. O profissional acaba sobrecarregado de plantões, demandas acima das condições afetivas para um bom atendimento, número insuficiente de profissionais disponíveis diante das necessidades existentes, massificação dos serviços institucionais, reduzida participação nas decisões organizacionais e longas jornadas de trabalho, o que pode desencadear transtornos individuais relacionais, acarretando a deterioração de seu trabalho. Informações obtidas durante a aplicação do Protocolo do S23 confirmam esse achado:

S23: *“Tenho quatro empregos ... em cada local de trabalho tenho que me adequar aos procedimentos da organização e a forma de cada serviço e grupo de trabalho. As escalas de plantão são terríveis ... não imaginei que seria médico e estaria trabalhando dessa forma. Os familiares não nos tratam mais com tanto respeito, parece que temos a obrigação de dar respostas imediatas. Não sei até quando vou agüentar isso ...”*

Na Figura 6.5, a seguir, os dados confirmam o predomínio de médicos que trabalham de 41 a 60 horas semanais (48,8%), seguido de profissionais que trabalham de 61 a 80 horas semanais (26,8%).

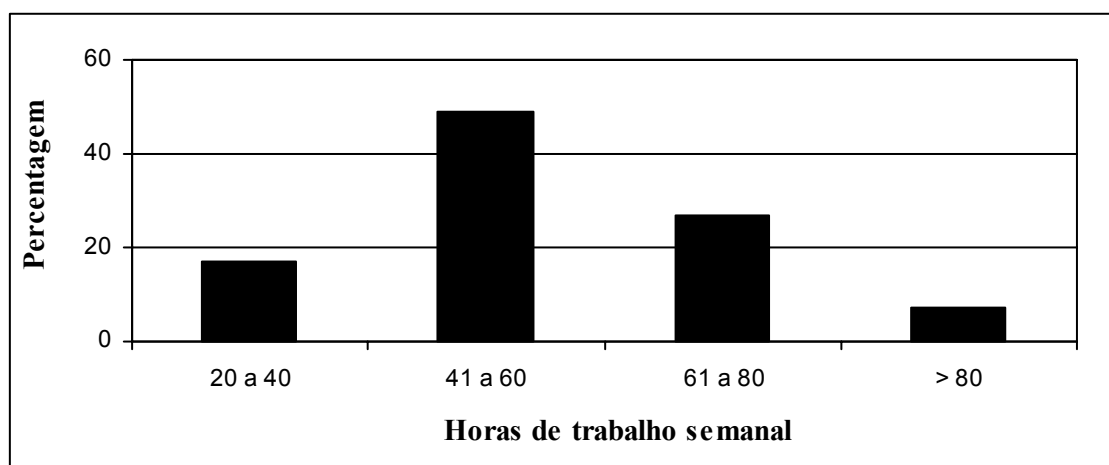


Figura 6.5 Distribuição percentual de horas de trabalho semanais entre os pediatras da amostra

O excesso de trabalho observado nos resultados dessa pesquisa com relação às horas semanais de trabalho dos médicos, pode ser uma causa do desgaste emocional e físico dos profissionais. Segundo Maslach e Leiter (1999), o processo de adoecimento de homens e mulheres pelo trabalho identifica causas localizadas no ambiente de trabalho e não no indivíduo. A longa jornada de trabalho é identificada por Benevides-Pereira (2002) como um dos agentes estressores da profissão médica. Esse agente estressor pode ser sentido de forma mais acentuada dependendo de sua frequência e das diferenças individuais dos profissionais o que pode desencadear um erro médico em função do desgaste. Profissionais que participaram desta pesquisa afirmam que, na atualidade, o poder financeiro do médico foi reduzido, pois os médicos que possuem vínculo empregatício público não tiveram reajustes adequados, o que defasou a receita mensal dos mesmos, sendo necessário trabalhar em mais de um local.

A Figura 6.6 apresenta a distribuição do percentual das características do vínculo empregatício da amostra pesquisada. Foi observada a prevalência da forma de contrato de trabalho estável – funcionário público (70,7%) seguido da forma de contrato de trabalho temporário (17,1%), e os contratados pela Fundação (12,2%), o que evidencia desigualdade na forma de contrato de trabalho.

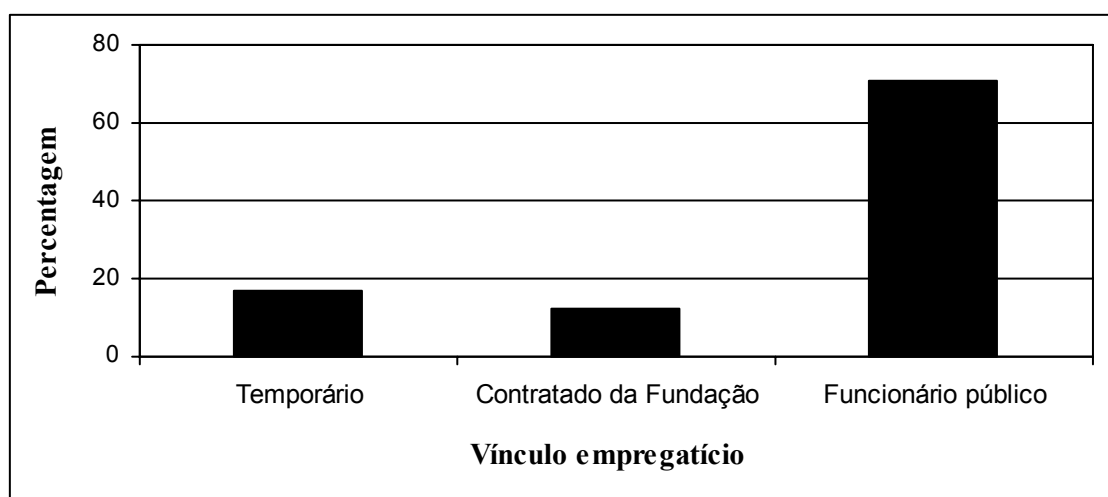


Figura 6.6 Percentual de distribuição das características do vínculo empregatício com a organização hospitalar

Farias e Vaitsman (2002) demonstram ainda que as organizações públicas de saúde são o produto de uma história social, política e cívica que revela determinado padrão de interação entre seus membros, reafirmando a existência da rede de vínculos entre organização pública de saúde, sistema social e indivíduo. Destacam que diferentes tipos de organizações de saúde possuem lógicas específicas; porém, todas compartilham características semelhantes, como exemplo: a autonomia dos médicos e a centralidade de seu lugar na hierarquia organizacional. Entretanto na amostra pesquisada informações orais do S17 apresentadas no texto a seguir, demonstram que esta autonomia da classe médica não existe na atualidade.

S17: “ *Hoje os procedimentos a serem realizados são agendados por um terceiro, que não consegue discernir que cada caso é um caso e que o tempo destinado para cada procedimento pode ultrapassar o previsto. Não sinto autonomia para realizar meu trabalho, já nem sei mais o que tem na agenda do dia seguinte, temos que obedecer a hierarquia e chega a ser desigual à distribuição do poder de decisão.*”

Maslach e Leiter (1999) consideram que as desigualdades que se produzem nas organizações são fatores inibidores à produção de um ambiente organizacional que dê ênfase na cooperação, integração e participação. Farias e Vaitsman (2002) consideram que as organizações de saúde são espaços sociais conflituosos por natureza, cuja coesão e solidariedade demonstram fragilidades similares às identificadas em outros ambientes de interação social. Entretanto, reconhecer a dificuldade na eliminação dos conflitos não determina a desistência de administrá-los, pois seus efeitos podem vir a refletir na queda da eficiência e da qualidade dos serviços oferecidos aos usuários.

6.4.2 Apresentação e descrição das variáveis pessoais

Constata-se, abaixo na Figura 6.7, a predominância de profissionais que tiraram férias há no máximo 3 meses (46,3%), seguido pelo período de 4 a 7 meses (34,2%), de 8 a 11 meses (9,8%), o que indica que na amostra não são identificados profissionais com período de férias vencidas, considerando férias como um período superior a 15 dias e fora do local de trabalho.

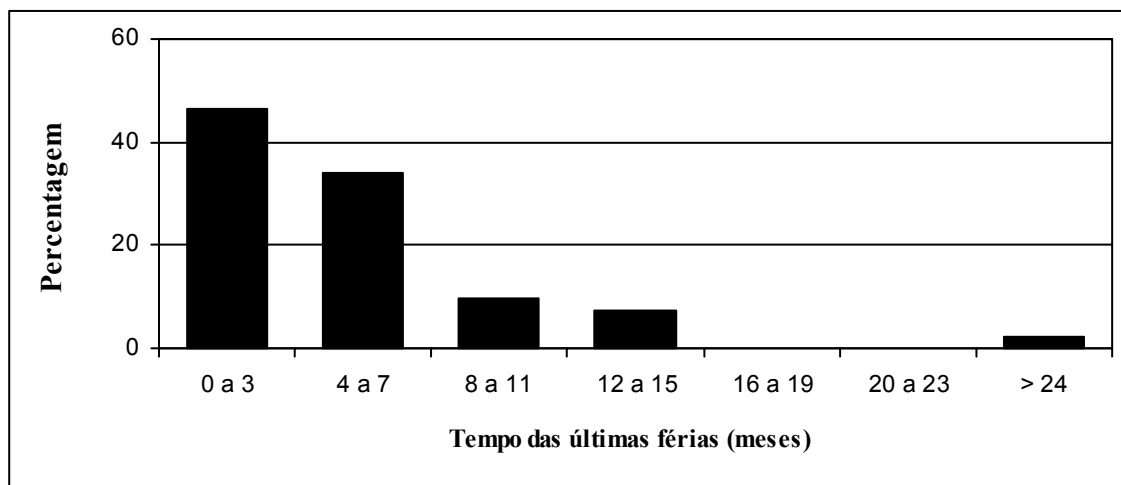


Figura 6.7 Distribuição percentual do tempo, em meses, de ocorrência das últimas férias na amostra pesquisada

Verifica-se, na Figura 6.8, a predominância de profissionais que desenvolvem em seu tempo livre, atividade cultural (73,2%), seguida de atividade esportiva (19,5%) e outra atividade, identificada como “do lar” (7,3%).

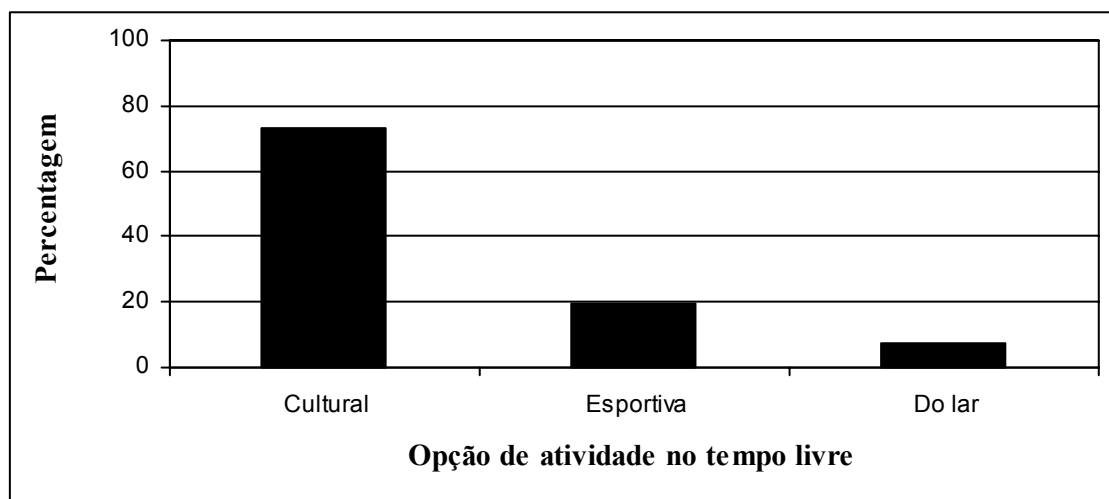


Figura 6.8 Distribuição percentual das atividades desenvolvidas no tempo livre na amostra pesquisada

No que se refere à prática de atividades físicas ou esportes, a Figura 6.9 a seguir mostra que houve predomínio de profissionais que não os praticam (65,8%), e no grupo que desenvolve atividade física (34,2%) o tipo de atividade predominante é individual: identificada na ginástica/musculação (24,4%), caminhada/corrida (4,9%) e tênis (4,9%), sendo a frequência predominante regular (29,3%).

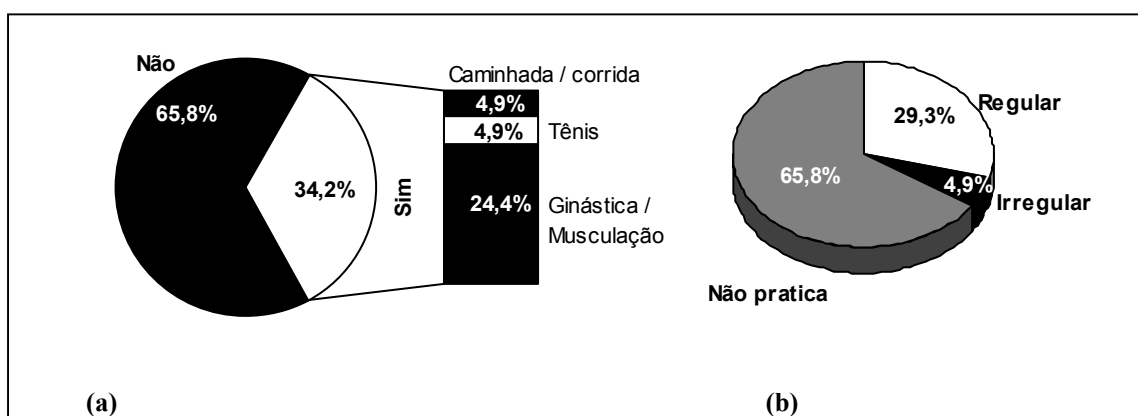


Figura 6.9 Distribuição percentual da prática de atividades físicas ou esportes e o tipo (a) e a frequência destas (b) na amostra pesquisada

Os médicos pertencem a uma categoria profissional altamente conscientizada da necessidade de atenção e de preparação física para seus pacientes. São profissionais que recomendam com frequência a atividade física para combater estresse e sintomas de desgaste, mas que não segue a própria prescrição, e quando a realiza, ocorre a prevalência de atividades individuais como ginástica/musculação (24,4%). Benevides-Pereira (2002) reconhece a atividade física como responsável pela redução de tensões, estresse e *burnout*. Talvez por meio dessa forma de redução ou descarga de tensões, o pediatra consiga minimizar o efeito do estresse e manter a condição de saúde no trabalho. A dimensão **DE** que é apontada por alguns autores, como defesa ao desgaste emocional, dentre eles Maslach e Leiter (1999), Benevides-Pereira (2002) e Shaufeli e Buunk (2003), pode ser reduzida no momento em que o médico adota um estilo de vida mais saudável, associado a hábitos de atividade física e cuidados com a saúde,

mantendo o desgaste emocional e físico em níveis que permitam melhor qualidade de vida geral, bem estar físico e mental e aumento de produtividade. Quanto à possibilidade de interferência da atividade profissional na vida pessoal houve maior ocorrência de profissionais que acreditam que a vida profissional interfere na vida pessoal (95,1%); entretanto, 53,7% da amostra pesquisada não pensa em mudar de profissão, como apresenta a figura 6.10.

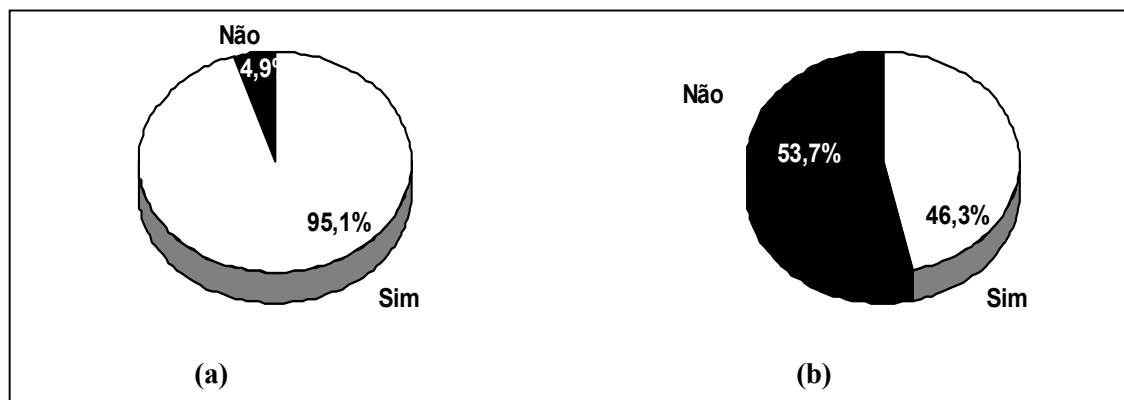


Figura 6.10 Distribuição percentual da interferência da atividade profissional na vida pessoal (a) e de pensamentos relativos à mudança de profissão (b)

6.5 Apresentação das variáveis organizacionais da amostra

A Tabela 6.11 apresenta a distribuição da ocorrência de respostas dadas por alternativa que aferem as variáveis organizacionais localizadas no ambiente. Essas variáveis podem desencadear um desequilíbrio entre as exigências do trabalho desenvolvido e os profissionais que o realizam. Maslach e Leiter (1999) destacam que as causas do desgaste físico e emocional do trabalhador podem estar localizadas no ambiente de trabalho e têm suas origens em seis pontos de desequilíbrio: excesso de trabalho, falta de controle, recompensa suficiente, colapso de união, ausência de equidade e valores conflitantes.

Tabela 6.11 Distribuição dos percentuais obtidos nas questões que aferem variáveis organizacionais experimentadas pelo médico no desempenho de seu trabalho na amostra pesquisada (n= 41)

Questões	Proporção das respostas (%)							Total
	Nunca	Uma vez / ano	Uma vez / mês	Algumas vezes / mês	Uma vez / semana	Algumas vezes / semana	Todos os dias	
	0	1	2	3	4	5	6	
Q1- Excesso de trabalho	12,2	7,3	14,7	7,3	4,9	43,9	9,7	100
Q2- Falta de controle	12,2	7,3	2,5	12,2	4,9	29,2	31,7	100
Q3- Recompensas suficientes	61,0	9,7	7,3	12,2	-	7,3	2,5	100
Q4- União	36,6	31,7	7,3	7,3	4,9	9,7	2,5	100
Q5- Equidade	9,8	17,0	12,2	22,0	4,9	26,8	7,3	100
Q6- Conflito de valores	-	-	2,4	12,2	12,2	31,7	41,5	100

Q= questão

Na amostra pesquisada, 43,9% dos médicos sentem que as atividades que desempenham exigem mais tempo do que podem fazer em um dia de trabalho algumas vezes por semana (excesso de trabalho), causa esta identificada por Benevides-Pereira (2002) como agente estressor que exerce pressão no ambiente de trabalho, em função de demandas acima das condições efetivas para um bom atendimento, assim como os plantões e as longas jornadas de trabalho. Dados desta pesquisa que demonstram a distribuição percentual de horas de trabalho semanais apresentada na Figura 6.5, confirmam o predomínio de médicos que trabalham de 41 a 60 horas semanais (48,8%).

Com relação ao fator “falta de controle”, foi observado, ao se fazer uma análise da estrutura organizacional do hospital pesquisado que, hierarquicamente, os médicos ficam subordinados diretamente a uma diretoria clínica e, dessa forma, a possibilidade de atuar com controle sobre os procedimentos e atendimentos realizados é reduzida, pois esses profissionais são designados a desempenhar o trabalho de acordo com a demanda e com os equipamentos disponíveis na organização. Falta de controle foi identificado por 31,7% da amostra como sendo percebido todos os dias pelos sujeitos que participaram da pesquisa e 29,2% percebem a falta de controle na frequência de algumas vezes na semana.

Além disto, 61% dos médicos identificam que a organização onde atuam, nunca reconhece ou recompensa os diagnósticos precisos, os atendimentos e procedimentos

realizados. Para Maslach e Leiter (1999), a remuneração caracteriza a recompensa material do trabalho desenvolvido, entretanto a reduzida remuneração não se traduz simplesmente em ausência de retorno financeiro, mas também na dificuldade de reconhecimento pelo que é desenvolvido. O modelo de desenvolvimento da síndrome de *burnout*, segundo Schaufeli, van Dierendonck e Gorp, apresentado por Tamayo e Tróccoli (2002), salienta que os profissionais que cuidam e/ou assistem a outras pessoas possuem a expectativa de receber algum tipo de retorno como respeito e gratidão por parte dos usuários de seu serviço e raramente essas expectativas têm sido satisfeitas. No que se refere ao reconhecimento por parte da organização, os profissionais têm percebido falta de reciprocidade, pois relatam que o investimento emocional que eles direcionam para o seu trabalho não é recíproco, o que os leva a reduzir seu investimento na relação com os próprios pacientes, fomentando erros no trabalho e reduzindo a realização profissional aliada ao sentimento de exaustão. Esses dados são exemplificados com o relato do S5:

S5: *“Hoje os pacientes nos tratam como se atendê-los fosse uma obrigação. Não há mais o respeito que tínhamos antes e penso que a instituição tem responsabilidade sobre isto, pois somos tratados assim por eles. Já não há mais alegria em se trabalhar aqui, os erros aumentam a cada dia, estamos nos sentindo exaustos e sem retorno.”*

Outro fator considerado relevante para 36,6% da amostra refere-se ao colapso da união. Esse percentual da amostra percebe que a organização onde atuam como profissionais nunca é sensível aos funcionários, isto é, nunca valoriza o trabalho desenvolvido, assim como não investe nem incentiva a união e desenvolvimento profissional de seus funcionários. Cabe salientar ainda que, 31,7% dos sujeitos pesquisados percebem, na frequência de uma vez ao ano, o investimento no desenvolvimento profissional e incentivo da união. Segundo Maslach e Leiter (1999), o colapso da união entre os profissionais fragmenta as relações pessoais e afirmam que onde não há união, provavelmente, não haverá compromisso com o trabalho conjunto. Esse fator poderá desencadear conflitos entre objetivos ou estratégias para alcançar objetivos grupais e, se o conflito não for resolvido, poderá trazer impacto no trabalho e na produtividade.

Com relação à variável organizacional “equidade”, resultados dessa pesquisa demonstram que 26,8% dos sujeitos da amostra percebem a existência de respeito nas relações internas da organização, na frequência de algumas vezes na semana. Este fator merece destaque pois segundo Maslach e Leiter (1999), na crise de trabalho atual, as organizações encontram dificuldades em manter acordos de confiança, franqueza, transparência e respeito, que são considerados valores pelo trabalhador. Os valores influenciam a relação do profissional com seu trabalho e 41,5% da amostra pesquisada percebe que todos os dias têm oportunidade de realizar um trabalho importante na organização onde atuam como médicos, seguido de 31,7% dos sujeitos que têm a mesma percepção na frequência de algumas vezes na semana.

Ao considerar esses aspectos organizacionais, Maslach e Leiter (1999) consideram que, ao sofrerem de desgaste físico e emocional, os trabalhadores não são os únicos responsáveis pela fadiga, pela atitude de indiferença que adotam e pela reduzida realização profissional. Dessa forma, o desgaste do trabalhador é um sinal de disfunção importante no ambiente das organizações. Nessa concepção, para Tamayo e Tróccoli (2002), o *burnout* é resultado de um desequilíbrio crônico, em que o trabalho exige mais do que o indivíduo pode oferecer e proporciona menos do que ele precisa, sendo identificado como um fenômeno derivado da relação do indivíduo com o trabalho e com a organização.

6.6 Apresentação das variáveis de sintomatologia física da amostra

A tabela 6.12 apresenta os resultados obtidos com a aplicação do questionário para identificar os sintomas que os médicos experimentam no dia-a-dia do desempenho de seu trabalho.

Tabela 6.12 Distribuição percentual da sintomatologia física associada ao trabalho, apresentada pelos médicos pesquisados (n= 41)

Sintomatologia	Respostas (%)							Total
	Nunca	Uma vez / ano	Uma vez / mês	Algumas vezes / mês	Uma vez / semana	Algumas vezes / semana	Todos os dias	
	0	1	2	3	4	5	6	
Pouco tempo para si	2,4	4,9	14,6	14,6	9,7	34,1	34,1	100
Sentimento de cansaço	4,9	9,7	4,9	24,4	19,5	19,5	19,5	100
Irritabilidade fácil	4,9	2,4	19,5	24,4	12,2	29,3	7,3	100
Pressão arterial alta	68,3	5,0	2,4	9,7	4,9	7,3	2,4	100
Dor no peito	63,4	7,3	2,4	4,9	7,3	12,2	12,2	100
Aumento no consumo de álcool, cigarro	61,0	9,7	4,9	9,7	2,4	7,3	7,3	100
Problemas alérgicos	53,6	7,3	12,2	9,7	2,4	9,7	9,7	100
Dificuldades sexuais	51,2	7,3	12,2	12,2	9,7	9,7	9,7	100
Pequenas infecções	51,2	12,2	12,2	9,7	4,9	4,9	4,9	100
Problemas gastrointestinais	39,0	17,0	12,2	14,6	7,3	2,4	2,4	100
Gripes e resfriados	22,0	44,0	12,2	4,9	2,4	7,3	4,9	100
Cefaléia	14,6	5,0	17,0	14,6	9,7	34,1	5,0	100
Dores nos ombros / nuca	24,4	12,2	4,9	17,0	7,3	24,4	24,4	100
Perda / excesso de apetite	19,5	2,4	4,9	29,3	7,3	26,8	12,2	100
Sentir-se sem vontade de começar nada	24,4	9,7	9,7	19,5	14,6	12,2	12,2	100
Perda de senso de humor	17,0	17,0	17,0	17,0	19,5	7,3	7,3	100
Fadiga generalizada	24,4	4,9	17,0	19,5	14,6	12,2	12,2	100
Insônia	31,7	17,0	9,7	12,2	12,2	14,6	14,6	100
Estado de aceleração contínuo	19,5	19,5	22,0	9,7	12,2	9,7	9,7	100
Dificuldade de memória e concentração	9,7	17,0	17,0	24,4	9,7	9,7	9,7	100
Perda de desejo sexual	34,2	9,7	17,0	12,2	7,3	9,7	4,9	100

Verifica-se que os dados da sintomatologia apresentada na Tabela 6.12 demonstram a prevalência do sentimento do profissional de ter pouco tempo para si mesmo em função do trabalho desempenhado. Observa-se que 34,1% da amostra percebe este sentimento em uma frequência diária e 34,1% algumas vezes por semana. Infere-se que o fato de ter pouco tempo para si mesmo identifica que o médico utiliza mais tempo com seu trabalho do que com seu lazer, família ou vida social. Segundo o modelo de Leiter (1993), o desenvolvimento do processo da síndrome de *burnout* é desencadeado pelas características da carga de trabalho e pelas demandas interpessoais, desencadeando a EE em nível alto, resultado este identificado na amostra pesquisada.

Tamayo e Tróccoli (2002) confirmam ser a exaustão emocional a dimensão mais consistente do *burnout*, pois é a manifestação mais evidente e facilmente aceita pelos profissionais. Resultados dessa pesquisa confirmam esse dado quando o sintoma – sentimento de cansaço – é percebido por 24,4% dos médicos algumas vezes ao mês.

Para Tamayo e Tróccoli (2002), as pessoas com *burnout* reduzem sua tolerância à frustração e mostram-se irritáveis. Resultados da pesquisa confirmam esse dado, na medida em que 29,3% dos médicos da amostra percebem-se irritados algumas vezes na semana, seguido de 24,4% algumas vezes ao mês. Houve predomínio dos profissionais pesquisados que não associam problemas de saúde com seu trabalho. Nos sintomas pressão arterial alta (68,3%), dor no peito (63,4%), aumento do consumo de bebidas alcoólicas e cigarros (61,0%), problemas alérgicos (53,6%), dificuldades sexuais (51,2%), pequenas infecções (51,2%), problemas gastrointestinais (39%) foram observadas respostas com valor zero da escala, ou seja, nestes itens os médicos pesquisados relataram nunca apresentarem estes sintomas. O sintoma gripes e resfriados foram citados por 44% da amostra como ocorrendo uma vez ao ano. Segundo Benevides-Pereira (2002), a expectativa da sociedade para com o médico é de infalibilidade, tanto em sua prática laboral como nas questões éticas e morais, assim como de saúde, na fantasia de que médicos não adoecem. Pitta (1991) salienta que os profissionais da área da saúde distanciam-se e passam a negar sentimentos e sensações com o objetivo de defender-se de relações perturbadoras e ambigüidades não compreendidas relativas a situação ocupacional e a sua própria vida.

Dentre os profissionais que responderam ao protocolo de pesquisa, houve predominância das manifestações físicas como cefaléia (34,1%) algumas vezes na semana e dores nos ombros/nuca foi identificado 24,4% na frequência diária e 24,4% algumas vezes na semana, embora 24,4% referem que nunca apresentam este sintoma. A perda e/ou excesso de apetite, considerado um transtorno alimentar, foi identificado por 29,3% da amostra na frequência de algumas vezes ao mês.

As manifestações afetivas demonstradas por meio de sintomas como: “sentir-se sem vontade de começar nada”, com 24,4% da amostra na frequência nunca, e o sintoma “perda de senso de humor”, com 19,5% na frequência de uma vez na semana. Dos sujeitos pesquisados 24,4% referem nunca sentir fadiga generalizada assim como o

sintoma “insônia”, que nunca foi percebida por 31,7% da amostra. Esses resultados não confirmam os dados fornecidos com a aplicação do MBI, onde foi identificado que 82,9% da amostra encontra-se na classificação alta para a dimensão exaustão emocional (Tabela 6.8).

Os sintomas de “estado de aceleração contínuo” identificado por 22% da amostra uma vez ao mês, e “dificuldade de memória e concentração” percebido por 24,4% dos sujeitos pesquisados algumas vezes ao mês, são considerados por Tamayo e Tróccoli (2002) as principais manifestações cognitivas. Nos resultados obtidos, cabe ressaltar que 34,2% da amostra nunca foi acometida pelo sintoma “perda do desejo sexual”.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Burnout é um processo que ocorre em resposta à cronificação do estresse laboral, podendo ser desenvolvido em todos os tipos de profissionais, sendo considerada uma experiência específica do contexto do trabalho. Ocorre com relativa frequência naqueles que desenvolvem atividades em organizações de serviços em contato direto com seus usuários. Trabalhos referentes ao tema começam a ser produzidos com o objetivo de pesquisar a ocorrência do fenômeno em ambientes profissionais e, destas ocupações, os profissionais da área da saúde, cujo trabalho possui características de cuidar de quem busca solução para sua queixa, constituem um grupo que vem sendo estudado por pesquisadores deste campo. No Brasil, as investigações com médicos são escassas e, com o intuito de identificar as características da incidência de *burnout* em pediatras de uma organização hospitalar pública, foi desenvolvida essa pesquisa com uma amostra de 41 pediatras.

Os resultados obtidos com a aplicação do instrumento (MBI) revelaram a incidência de *burnout* em 53,7% dos profissionais que participaram da pesquisa. Conforme os resultados apresentados, 39% da amostra pesquisada apresentou classificação média para *burnout* demonstrando que existe um processo em curso, com alto risco para a manifestação da síndrome, verificada pela classificação alta nas dimensões exaustão emocional (EE), despersonalização (DE) e classificação baixa para realização profissional (RP).

Com base no estudo realizado, a incidência de *burnout* na amostra foi caracterizada por apresentar 82,9% de classificação alta em EE, 63,4% de classificação alta em DE e 53,7% de classificação baixa em RP. Foi predominante a identificação do fator “recompensa insuficiente” como sendo causa do desequilíbrio entre as exigências do trabalho desenvolvido e os profissionais que o realizam. De acordo com as respostas fornecidas pelos médicos, a organização onde atuam não reconhece e não recompensa os diagnósticos precisos, os atendimentos e procedimentos realizados, desencadeando

assim o desgaste emocional e físico. A sintomatologia física manifestada pelos médicos foram, na ordem de maior frequência diária: sentimento de ter pouco tempo para si mesmo, dores nos ombros e nuca, sentimento de cansaço mental e dificuldades com o sono. Acrescentados a esses sintomas, na frequência semanal, os médicos manifestam ainda na ordem de importância: cefaléia, irritabilidade fácil e distúrbios alimentares com perda e/ou excesso de apetite.

Com relação à realização da pesquisa, cabe salientar que fatores burocráticos da organização assim como a situação de greve dos servidores ocorrida no período de coleta de dados desencadeou lentidão na realização da pesquisa. Entretanto, estes aspectos não foram impeditivos para o desenvolvimento do estudo e contribuíram para ampliar a percepção do contexto no qual estão inseridos os sujeitos.

Recomenda-se a realização de estudos longitudinais com objetivo de aprofundar esclarecimento do processo específico de desenvolvimento da síndrome em médicos, com extensão a outros grupos de especialidades dentro da medicina. Sugere-se que o tema saúde no trabalho seja incluído nos currículos universitários das escolas de medicina com o objetivo de informar e prevenir, já na vida acadêmica, fenômenos que possam levar o profissional a adoecer, assim como incluir o estudo nos cursos de Psicologia para a melhor instrumentalização dos profissionais na execução de suas atividades laborais. Considera-se a necessidade de estruturação de um projeto específico com foco na saúde do trabalhador médico, possibilitando o desenvolvimento de programas organizacionais que tenham como objetivo a prevenção da síndrome de *burnout*.

Os resultados dessa pesquisa com relação à interferência da profissão na vida pessoal dos médicos, identificada por 95,1% da amostra e 46,3% cogitando a possibilidade de mudar de profissão, demonstra a necessidade de intervenções que propiciem o fortalecimento pessoal e coletivo, desenvolvendo capacidades de lidar com o estresse. O controle dos agentes estressores no trabalho do médico, modificando o contexto e canalizando necessidades e aspirações dos profissionais, podem favorecer o desenvolvimento de redes de apoio social, formando grupos de discussão entre os médicos, oportunizando assim, reflexões entre os membros para implementação de

recursos pessoais e ambientais, que propiciem melhoria na qualidade de vida dos profissionais.

As limitações da pesquisa foram identificadas desde o início, na busca do referencial teórico e empírico, em função de pesquisas escassas desenvolvidas no Brasil na área médica em qualquer especialidade, e somente uma pesquisa desenvolvida e publicada pelo Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, através do NEBASP. Desta forma, as considerações relativas a esta pesquisa são indicativos de que é necessário ampliar o estudo, incluindo um maior número de participantes, especialidades e localidades com diferentes culturas complementando a análise do problema.

REFERÊNCIAS

- Amorin, C. (2002). Síndrome de *burnout* em fisioterapeutas e acadêmicos de fisioterapia: um estudo preliminar. In: A. M. T. Benevides-Pereira (Org.). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador* (pp. 93-104). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Anderson, S. (2002). Burnout of young doctors affects careers, recruiting and patient care. *Annals of Internal Medicine*, 136 (5), 358-367.
- Arantes, M. A. C. & Vieira, M. J. F. (2002). *Estresse*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (Org.). (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benevides-Pereira, A. M. T. & Moreno-Jiménez, B. (2002). O *burnout* em um grupo de psicólogos brasileiros. In: A. M. T. Benevides-Pereira (Org.). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador* (pp. 213-225). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Berndtsson, K. (2003) Prevenindo o *burnout*: a abordagem da Volvo. In: III. Congresso de Stress da ISMA-BR, V. Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho. *Anais ...*. Porto Alegre.
- Carlotto, M. S. (2002). Síndrome de *burnout* em funcionários de instituições penitenciárias. In: A. M. T. Benevides-Pereira (Org.). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador* (pp. 187-212). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Chernis, F. (1996). *A mundialização do capital*. São Paulo: Xamã.
- Codo, W. (Org.). (1999). *Educação: carinho e trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- Congresso de Stress da ISMA-BR, III. (2003, jun.) Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho, V. Porto Alegre. 2003, Porto Alegre: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Crespin, J. (1996). *Puericultura: ciência, arte e amor*. São Paulo: Fundação Byk.
- Cusimano, M. D., Yonke, A. N. & Tucker, W. S. (1999, Aug.). An analysis of attrition from Canadian neurosurgery residency programs. *Academic Medicine*, 74 (8).
- Dejours, C. (1994). *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Dolan, S. (2003). *Stress do trabalho e qualidade de vida: um novo modelo, mais saudável e simples para as pessoas e as organizações*. In: III. Congresso de Stress da ISMA-BR, V. Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho. *Anais ...*. Porto Alegre.

Doot, M. D. (2002, Apr.). Cost of living: stress is the price you pay for being a physician. American Medical News.

Farber, B. A. (1999). Stress and burnout in the human service professions. In: C. Malasch & M. Leiter (Orgs.). Trabalho: fonte de prazer ou desgaste? Campinas: Papirus.

Farias, L. O. & Vaitsman, J. (2002, set./out.). Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (5): 1229-1241.

Ferreira, A. B. H. (1999). Dicionário Aurélio da língua portuguesa (3ª ed. rev. e amp.) Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

França, A. C. L. & Rodrigues, A. L. (1999). Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo.

Garrosa-Hernández, E., Benevides-Pereira, A. M. T., Moreno-Jiménez, B. & González, J. L. (2002). Prevenção e intervenção na síndrome de *burnout*: como prevenir (ou remediar) o processo de *burnout*. In: A. M. T. Benevides-Pereira (Org.). Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador (pp. 227-271). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis.

Gil-Monte, P. R. (2002). Processo de queimar-se no trabalho (p. 30-31). In: I. Seminário Internacional de Stress e *Burnout*, ago. 2002, Curitiba. Anais..., Curitiba: Pontifícia Universidade Católica.

Gusmão, S. (2003, maio) Residência e especialização em neurocirurgia. Boletim Informativo da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, p. 2.

Kurowski, C. M. & Moreno-Jiménez, B. (2002). A síndrome de *burnout* em funcionários de instituições penitenciárias. In: A. M. T. Benevides-Pereira (Org.). Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador (pp. 213-225). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Levi, L. (2003). O guia da comissão européia sobre stress relacionado ao trabalho: das palavras à ação. In: III. Congresso de Stress da ISMA-BR, V. Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho. Anais.... Porto Alegre.

Limongi-França, A. C. (2003). Qualidade de vida no trabalho: conceitos e práticas na sociedade pós-industrial. In: III. Congresso de Stress da ISMA-BR, V. Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho. Anais.... Porto Alegre.

Lipp, M. E. N. (Org.). (1996). Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas: Papirus.

Lipp, M. E. N. (Org.). (2003). Mecanismos neuropsicofisiológicos de stress: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Marcondes, E. (1972). Pediatria: doutrina e ação. São Paulo: Sarvier.

Maslach, C. & Leiter, M. (1999). Trabalho: fonte de prazer ou desgaste. Campinas: Papirus.

Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job *burnout*. Annual Review of Psychology, 52: 397-422.

Mello Filho, J. (1992). Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artmed.

Pinheiro, F. A., Tróccoli, B. T. & Paz, M. G. T. (2002). Aspectos psicossociais dos distúrbios osteomusculares In: A. M. Mendes, L. O. Borges & M. C. Ferreira (Org.). Trabalho em transição, saúde em risco (pp 65-85). Brasília, DF.

Pires, D. (1998). Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social- CUT.

Pitta, A. (1991). Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec.

Rossi, A. M. (2003). In: III. Congresso de Stress da ISMA-BR, V. Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho. Anais Porto Alegre.

Schaufeli, B. W. & Buunk, P. B. (2003). *Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing*. In: M. J. Schabracq, J. A. M. Winnusbst & C. L. Cooper (Eds.). The handbook of work and health psychology. New York: John Wiley & Sons Ltd.

Seligmann-Silva, E. (1994). Desgaste mental no trabalho dominado. Rio de Janeiro: UFRJ/Cortez.

Schraiber, L. B. (1993). O médico e o seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec.

Selye, H. (1959). Stress: a tensão da vida. São Paulo: IBRASA.

Tamayo, M. R. & Tróccoli, B. T. (2002) *Bournout* no trabalho. In: A. M. Mendes, L. O. Borges & M. C. Ferreira (Org.). Trabalho em transição, saúde em risco (pp. 45-63). Brasília, DF.

UNIVERSIDADE Federal de Uberlândia (2003). Histórico do Hospital de Clínicas de Uberlândia. Disponível em: <<http://www.hc.ufu.br>>. Acesso em: 20 ago. 2003.

Volich, R. M. (2000). Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Anexo 1 –CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

***Burnout* em pediatras de uma organização hospitalar pública**

Caro(a) Pediatra

Estou lhe escrevendo para convidá-lo(a) a participar de um projeto de pesquisa que avalia as características da síndrome de *burnout* em pediatras de uma instituição hospitalar pública. Um grande número de profissionais que desenvolve atividades em contato direto com seus pacientes nas organizações de serviços apresenta sintomas da síndrome de *burnout*. Essa síndrome é considerada uma experiência individual específica do contexto do trabalho assistencial e, para o pediatra, esse tipo de assistência é dificultada por fatores distintos ligados ao próprio médico, às condições de trabalho nas organizações de saúde, às características da organização do trabalho médico e às características sociais da profissão. Recentemente, pesquisadores e outros profissionais da área da saúde estão estudando várias formas para caracterizar efeitos destas doenças na vida do dia-a-dia do profissional. Isto inclui os efeitos da doença e de seu tratamento. **Todas as informações fornecidas serão confidenciais e você será identificado apenas por um código de letras e números. Peço que leia com atenção a folha que contém as informações detalhadas sobre a pesquisa e se estiver de acordo em participar, dê-me o seu consentimento, assinando esta folha.**

Obrigada,

**FLávia Dutra Lima Menegaz
(Pesquisador responsável)**

Assinatura do pediatra:

Assinatura do Pesquisador:

Instituição:

Data:

Informações sobre a Pesquisa

Título: *Burnout* em pediatras de uma organização hospitalar pública

Objetivo do estudo:

Caracterizar a incidência de *burnout* em pediatras de uma organização hospitalar pública.

Por que o estudo está sendo realizado?

É importante que profissionais da área da saúde verifiquem como se caracteriza a síndrome de *burnout* em pediatras brasileiros e como esses profissionais, em processo de estresse laboral crônico, entram em *burnout* desenvolvendo sintomas distintos que interferem em seu trabalho, saúde e qualidade de vida pessoal.

Como será realizado o estudo?

Pediatras que desempenham suas atividades em organização hospitalar pública serão convidados a participar, completando o protocolo.

Existem riscos? Quais são os benefícios?

Não existe risco ou dano. Os resultados desta pesquisa poderão trazer benefícios para a caracterização da síndrome de *burnout*, permitindo o estabelecimento de ações na esfera preventiva e interventiva da síndrome e facilitará a comunicação de resultados de futuros tratamentos entre pesquisadores deste e de outros países.

Quem terá acesso às informações?

As informações serão confidenciais. A identificação será feita por um código de letras e números.

Quais serão as compensações?

Não haverá nenhum tipo de compensação financeira ou funcional. A participação é voluntária. Você receberá o resultado da avaliação do questionário após o término da pesquisa.

Como será a participação no estudo?

Respondendo ao protocolo.

A quem devo me dirigir para maiores informações sobre a pesquisa?

Ao pesquisador, podendo ser contatado para maiores esclarecimentos sobre a pesquisa.

Pesquisador responsável:

Flávia Dutra Lima Menegaz - Psicóloga - CRP 04/13013

flaviadm@terra.com.br -

Fone: 0 xx 34- 3219-3415

Anexo 2 - Questionário *Maslach Burnout Inventory*

Maslach Burnout Inventory (MBI - HSS, 1986)

Por favor, leia atentamente cada um dos itens a seguir e responda se já experimentou o que é relatado, em relação a seu trabalho. Caso nunca tenha tido tal sentimento, responda "0" (zero) na coluna ao lado. Em caso afirmativo, indique a frequência (de 1 a 6) que descreveria melhor seus sentimentos, conforme a descrição abaixo:

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 0 – nunca | 3 - Algumas vezes ao mês |
| 1 - Uma vez ao ano ou menos | 4 - Uma vez por semana |
| 2 - Uma vez ao mês ou menos | 5 - Algumas vezes por semana |
| | 6 - Todos os dias |

Nº	Questões	Pont
1.	Sinto-me esgotado/a emocionalmente por meu trabalho.	
2.	Sinto-me cansado/a ao final de um dia de trabalho.	
3.	Quando me levanto pela manhã e vou enfrentar outra jornada de trabalho sinto-me cansado/a.	
4.	Posso entender com facilidade o que sentem meus pacientes.	
5.	Creio que trato alguns pacientes como se fossem objetos impessoais.	
6.	Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.	
7.	Lido de forma eficaz com os problemas dos pacientes.	
8.	Meu trabalho deixa-me exausto/a.	
9.	Sinto que influencio positivamente a vida de outros através do meu trabalho.	
10.	Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho.	
11.	Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja-me endurecendo emocionalmente.	
12.	Sinto-me com muita vitalidade.	
13.	Sinto-me frustrado/a em meu trabalho.	
14.	Sinto que estou trabalhando em demasia.	
15.	Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns pacientes que atendo.	
16.	Trabalhar diretamente com pessoas causa-me estresse.	
17.	Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para os meus pacientes.	
18.	Sinto-me estimulado/a depois de trabalhar em contato com os pacientes.	
19.	Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.	
20.	Sinto que atingi o limite de minhas possibilidades.	
21.	Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho.	
22.	Sinto que os pacientes culpam-me por alguns de seus problemas.	

AMTBP

Anexo 3 - Questionário de dados sócio-demográficos

QUESTIONÁRIO

DADOS PESSOAIS:

Nome : _____

Sexo: M[], F[]

Idade: _____ anos

Relações Pessoais:

Com companheira(o) fixa(o)[]

Sem companheiro(a) fixa(o)[]

Filho(s) Sim[], Não[], quantos? _____

DADOS PROFISSIONAIS:

Ano da formatura: _____

Organização em que trabalha: Hospital público [],

Hospital público e Consultório particular []

Situação de trabalho: Temporário[], Contrato da Fundação [], Funcionário Público []

Total de horas semanais (aproximadamente) dedicadas ao trabalho: _____ h

Titulação: Graduação [], Especialização [], Mestrado [], Doutorado []

ASSUNTOS PESSOAIS:

Há quanto tempo teve suas últimas férias? _____

O que gosta de fazer em seu tempo livre? _____

Acredita que sua atividade profissional interfere em sua vida pessoal? Sim[], Não[]

Pratica exercícios ou esportes? Sim[], Não[]

de que tipo? _____

com que frequência? _____

Tem pensado em mudar de profissão? Sim[], Não[]

Anexo 4 - Questionário de fatores preditores de *burnout*

Por favor, leia atentamente cada um dos itens a seguir e responda se já experimentou o que é relatado, em relação a seu trabalho. Caso nunca tenha ocorrido, responda "0" (zero) na coluna ao lado. Em caso afirmativo, indique a frequência (de 1 a 6) que descreveria melhor sua percepção, conforme a descrição abaixo:

0 – Nunca
1 – Uma vez ao ano ou menos
2 – Uma vez ao mês ou menos

3 – Algumas vezes ao mês
4 – Uma vez por semana
5 – Algumas vezes por semana
6 – Todos os dias

Nº	Itens	Pont
01.	As atividades que desempenho exigem mais tempo do que posso fazer em um dia de trabalho.	
02.	Sinto que posso controlar os procedimentos e atendimentos para os quais sou designado na instituição em que trabalho.	
03.	A instituição onde atuo reconhece e recompensa os diagnósticos precisos, atendimentos e procedimentos realizados pelos seus funcionários.	
04.	Percebo que a instituição onde atuo como profissional é sensível aos funcionários, isto é, valoriza e reconhece o trabalho desenvolvido, assim como investe e incentiva o desenvolvimento profissional de seus funcionários.	
05.	Percebo de forma evidente que existe respeito nas relações internas da instituição (na equipe de trabalho e entre coordenação e funcionários).	
06.	Na instituição onde atuo tenho oportunidade de realizar um trabalho que considero importante.	

Anexo 5 - Questionário de sintomas somáticos

	<p>Por favor, leia atentamente cada um dos itens a seguir e responda se já experimentou o que é relatado. Caso nunca tenha tido tal sintoma, responda "0" (zero) na coluna ao lado. Em caso afirmativo, indique a frequência (de 1 a 6) que descreveria melhor, conforme a descrição abaixo:</p> <p>0 – Nunca 1 – Uma vez ao ano ou menos 2 – Uma vez ao mês ou menos 3 – Algumas vezes ao mês 4 – Uma vez por semana 5 – Algumas vezes por semana 6 – Todos os dias</p>	
Nº	SINTOMAS	Pont
1.	Cefaléia	
2.	Irritabilidade fácil	
3.	Perda ou excesso de apetite	
4.	Pressão arterial alta	
5.	Dores nos ombros ou nuca	
6.	Dor no peito	
7.	Dificuldades com o sono	
8.	Sentimento de cansaço mental	
9.	Dificuldades sexuais	
10.	Pouco tempo para si mesmo	
11.	Fadiga generalizada	
12.	Pequenas infecções	
13.	Aumento no consumo de bebida, cigarro ou substâncias químicas	
14.	Dificuldade de memória e concentração	
15.	Problemas gastrointestinais	
16.	Problemas alérgicos	
17.	Estado de aceleração contínuo	
18.	Sentir-se sem vontade de começar nada	
19.	Perda do senso de humor	
20.	Gripes e resfriados	
21.	Perda do desejo sexual	

MUITO OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO